مكتبة أصول علم النفس الحديث
بإشراف الدكتور محمد عثمان نجاتي

علم النفس الإكلينيكي

تأليف

جوليان روتر

مدير برنامج التدريب في علم النفس الإكلينيكي
بجامعة كونكتيكت

ترجمة

الدكتور عطية محمود هنا

أستاذ الصحة النفسية - جامعة عين شمس
أستاذ علم النفس - جامعة الكويت

مراجعة

الدكتور محمد عثمان نجاتي

أستاذ علم النفس بجامعة القاهرة وجامعة الكويت

دار القلم
كويت

علم النفس الإكلينيكي

تأليف

جوليان روتر

مدير برنامج التدريب في علم النفس الإكلينيكي

بجامعة كونكتيكت

ترجمة

الدكتور عطية محمود هنا

أستاذ الصحة النفسية - جامعة عين شمس

أستاذ علم النفس - جامعة الكويت

الدكتور محمد عثمان نجاتي

أستاذ علم النفس بجامعة القاهرة وجامعة الكويت

هذا الكتاب ترجمة لكتاب

Clinical Psychology
Second Edition

تاليف

Julian B. Rotter

من سلسلة

Foundationa of Modern Psycholgy Series
Richard S. Lazarus, Editor
Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs,
New jersey

مكتبة أصول علم النفس الحديث

إن النمو الهائل لعلم النفس والتحامه المتزايد مع العلوم الاجتماعية والبيولوجية قد جعل من الضرورى البحث عن أساليب جديدة لتعليمه فى المستويات الأولى من التعليم الجامعى . ولم نعد بعد نشعر بالرضى عن المقرر الأساسى التقليدى الذى يُكيَّف عادة لكتاب واحد يحاول أن يعرض كل شىء عرضاً خفيفاً يضحى بالعمق فى سبيل الشمول . إن علم النفس ، قد أصبح متعدد النواحى بحيث لم يعد من المتيسر لأى شخص واحد ، أو عدد قليل من الأشخاص، أن يكتبوا فيه عن تمكن تام . والبديل الآخر لذلك ، وهو الكتاب الذى يهمل ميادين كثيرة رئيسية فى سبيل عرض ناحية أو وجهة نظر معينة فى علم النفس عرضاً أكثر شمولا وفعالية ، هو أيضاً غير كاف ، لأن فى هذا الحل لا يُعرض كثير من الميادين الرئيسية على الطالب إطلاقا .

إن مكتبة أصول علم النفس الحديث كانت المحاولة الأولى فى إصدار مجموعة من الكتب الصغيرة الحجم التى تتناول موضوعات أساسية مختلفة ، يكتب كلا منها عالم متخصص كفء . ثم أخذ هذا الاتجاه فى التأليف فى علم النفس يتزايد بعد ذلك. ولقد كنا متأثرين فى إصدار هذه السلسلة من الكتب بفكرة تزويد القائمين بتدريس المقررات العامة فى علم النفس بمادة تكون أكثر مرونة من المادة الموجودة فى الكتب الحالية الكبيرة ذات الطابع الموسوعى وعرض موضوع واحد فى كل كتاب عرضاً أكثر عمقاً مما لا يتوفر فى كتب المداخل التى لا تفرد لهذه الموضوعات حيزاً كبيراً .

إن أول كتاب فى هذه المكتبة ظهر عام ١٩٦٣ ، وآخرها ظهر فى عام ١٩٦٧ . ولقد بيع من هذه الكتب أكثر من ربع مليون نسخة ، مما يشهد على

أستخدام هذه الكتب استخداماً واسع النطاق فى تدريس علم النفس . وقد استخدم بعض كتب هذه المكتبة ككتب إضافية ، واستخدم بعضها كالكتاب المقرر فى كثير من مقررات المرحلة الأولى الجامعية فى علم النفس ، والتربية ، والصحة العامة ، وعلم الاجتماع . كما استخدمت مجموعة من كتب هذه المكتبة ككتب مقررة فى المقررات التمهيدية فى علم النفس العام فى المرحلة الأولى الجامعية. وقد ترجم كثير من هذه الكتب إلى ثمانى لغات هى الهولندية ، والعبرية، والإيطالية، واليابانية ، والبولندية، والبرتغالية، والأسبانية، والسويدية.

ولوجود اختلاف كبير فى زمن نشر هذه الكتب ، ونوع محتوياتها فإن بعضها يحتاج إلى مراجعة ، بينما بعضها الآخر لايحتاج إلى ذلك . ولقد تركنا اتخاذ هذا القرار إلى مؤلف كل كتاب فهو الذى يعرف جيداً كتابه من حيث علاقته بالوضع الحالى للميدان الذى يتناوله الكتاب . وستظل بعض هذه الكتب بدون تغيير ، وبعضها سيعدل تعديلا طفيفاً ، وبعضها ستعاد كتابته كلية . ولقد رأينا أيضاً فى الطبعة الجديدة لهذه المكتبة أن يحدث بعض التغيير فى حجم بعض الكتب وفى أسلوبها لتعكس بذلك الطرق المختلفة التى استخدمت فيها هذه الكتب كمراجع

لم يكن هناك من قبل على الاطلاق اهتمام شديد بالتدريس الجيد فى كلياتنا وجامعاتنا كما هو موجود الآن . ولذلك فإن توفير الكتب القيمة والمكتوبة جيداً والمثيرة للتفكير والتى تلقى ضوءاً على البحث المتواصل المثير عن المعرفة يصبح متطلباً أساسياً . ويصبح ذلك ضرورياً على وجه خاص فى مقررات المرحلة الأولى الجامعية حيث يجب أن تكون فى متناول يد عدد كبير من الطلبة كتب تمدهم بقراءات مناسبة . إن مكتبة أصول علم النفس الحديث تمثل محاولتنا المستمرة لتزويد مدرسى الكليات بالكتب المقررة التى يمكننا تأليفها.

محتويات الكتاب

تصدير الطبعة العربية

علم النفس الإكلينيكى هو أحد المجالات التطبيقية الهامة لعلم النفس ، وهو يُعْنَى أساساً بمشكلة التوافق الإنسانى بهدف مساعدة الإنسان لكى يعيش فى سعادة وأمن ، خالياً من الصراعات النفسية والقلق .

ولكى يستطيع علماء النفس الإكلينيكيون أن يقوموا بدورهم فى دراسة اضطرابات السلوك وفهمها وعلاجها فإنهم يدربون عادة تدريباً خاصاً فى مجالات ثلاثة رئيسية . المجال الأول هو قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة لمعرفة القدرة العقلية الحالية للفرد أو إمكانياته العقلية فى المستقبل . والمجال الثانى هو قياس الشخصية ووصفها وتقويمها وتشخيص السلوك الشاذ بغرض معرفة ما يشكو منه الفرد والظروف المختلفة التى أحاطت به وأدت إلى ظهور مشكلاته مما يساعد على فهمها ويمهد الطريق إلى إرشاد الفرد وعلاجه . والمجال الثالث هو العلاج النفسى بأساليبه وطرقه المختلفة التى ترمى إلى تخليص الفرد مما يعانيه من اضطراب وسوء توافق . وإلى جانب هذه المجالات الثلاثة الرئيسية التى يعمل فيها علماء النفس الإكلينيكيون فهم أيضاً يقومون بأدوار أخرى هامة . فكثير منهم يشتغلون بالتدريس فى الجامعات ، وبالبحث العلمى ويعملون كمستشارين فى كثير من المؤسسات كالسجون ، ودور إصلاح الأحداث الجانحين ، ودور تأهيل المعوقين ، والمدارس ، والمؤسسات الصناعية وغيرها .

وعلم النفس الإكلينيكى علم حديث نسبيا ، وهو لا زال فى دور النمو والتطور . ولقد تأثر فى نشوته بمجالين هامين من مجالات الدراسة . المجال الأول هو دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلى التى كانت تحظى باهتمام كثير من الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان ، وجان شاركو ، وإميل كرايبلين ، وأرنست كريتشمر ، وبيير جانيه وغيرهم. والمجال الثانى هو دراسة الفروق الفردية التى حظيت باهتمام فرانسيس جالتون. وجيمس ما كين كاتل ، والفرد بينيه ، وتيوفيل سيمون ومن جاء بعدهم من علماء النفس الذين اهتموا ببناء الاختبارات النفسية واستخدامها فى أغراض تطبيقية كثيرة .

ومر علم النفس الاكلينيكى فى تطوره بمراحل مختلفة . فقد كان اهتمام علماء النفس الاكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية مقتصراً فى الأغلب على دراسة مشكلات الأطفال . وكانت وظيفتهم الرئيسية هى دراسة حالة الأطفال المشكلين وتطبيق الاختبارات النفسية عليهم لقياس قدراتهم العقلية بغرض تقديم بعض التوصيات للآباء أو المدرسين أو الأطباء المعالجين أو للمؤسسات المسئولة عن الأحداث الجانحين .

وحدث تطور كبير فى علم النفس الاكلينيكى أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها . فقد تسببت الحرب فى كثرة عدد المصابين باضطرابات نفسية، ووجد الأطباء أنهم لا يستطيعون لقلة عددهم مواجهة أعباء العلاج النفسى لهذا العدد الضخم من المصابين باضطرابات نفسية مما أدى إلى زيادة الاهتمام بعلماء النفس الاكلينيكيين والالتجاء إليهم ليساهموا فى علاج المصابين باضطرابات نفسية . وهكذا بدأ علماء النفس الاكلينيكيون يعنون بالعلاج

النفسى للكبار بعد أن كان معظم اهتمامهم مقتصراً من قبـل على العلاج النفسى للأطفال .

ويحاول مؤلف هـذا الكتاب أن يشرح باختصار ، ولكن فى دقة ووضوح ، نشأة علم النفس الإكلينيكى وتطوره التاريخى ، ويفرد لذلك فصلا خاصاً هو الفصـل الثانى من الكتاب . وهو يشرح أيضاً مجالات العمل الرئيسية لعلماء النفس الإكلينيكيين سواء فى قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة ، أو قياس الشخصية والتشخيص ، أو العلاج النفسى بأساليبه وطرقه المختلفة . وهو يتناول هذه المجالات الثلاثة فى الفصول الثالث والرابع والخامس من الكتاب .

ففى الفصل الثالث يتناول المؤلف موضوع قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة ، فيتكلم عن طبيعة الذكاء ، وطرق قياسه ، كما يتكلم عن الضعف العقلى وأسبابه . ويشرح المؤلف اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين بقياس الذكاء فى عمليات التشخيص بغرض تحديد أسباب التأخر الدراسى والتحصيلى وتشخيص حالات الضعف العقلى حتى يمكن مساعدة هؤلاء الأطفال بإعطائهم العناية التربوية اللازمة أو توجيههم إلى أنواع التدريب الملائمة .

ويتناول المؤلف فى الفصل الرابع موضوع التشخيص فيشرح المناهج التى يتبعها علماء النفس الإكلينيكيون فى قياس الشخصية والتشخيص ، ويمهد المؤلف لذلك بشرح أربع نظريات للشخصية . النظرية الأولى هى النظرية التى تعتبر أن للمرض النفسى وجوداً قائماً بذاته ، ويدخل المؤلف تحت هذه النظرية تصنيف إميل كرايبلين للأمراض النفسية والعقلية . والنظرية الثانية هى نظرية الملكات والأنماط والسمات . فيشرح المؤلف نظرية الملكات ، كما

يشرح نظرية الأنماط للويس روستان وكريتشمر وشلدون ويونج ، كما يشرح أيضاً نظرية السمات لجوردون ألبورت وريمون كاتل ، ويبين الفرق بينها وبين كل من نظريتي الملكات والأنماط . ويقوم المؤلف بنقد جميع هذه النظريات ويبين أوجه القصور فيها . والنظرية الثالثة هي نظرية التحليل النفسي ، فيشرح المؤلف نظرية فرويد في الحتمية النفسية والدوافع اللاشعورية ، ويبين رأيه في الاضطرابات النفسية والعقلية باعتبارها سلوكا مدفوعا أو موجهاً نحو أهداف معينة . ويقوم المؤلف أيضا بذكر أوجه النقد التي وجهت إلى نظرية فرويد . والنظرية الرابعة هي نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر وزملائه ، وهي تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة بعض الاشباعات التي تكون أكثر إحتمالا من غيرها في بعض المواقف . فالسلوك غير السوي ، تبعا لهذه النظرية ، ليس مرضا بل هو محاولة ذات معنى لتجنب عقـــوبات معينه أو للحصول على إشباعات على مستوى غير واقعي .

وبعد شرح هـذه النظريات المختلفة في الشخصية يقوم المؤلف بشرح أساليب تقويم الشخصية . فيتكلم عن المقابلة بأنواعها المختلفه : المقابلة الحرة ، والمقابلة الموجهة ، والمقابلة المحـــددة أو المقننة . ثم يتكلم عن الاستخبار ، والأساليب الاسقاطية بأنواعها المختلفة : اختبار تداعي المعاني ، واختبار رورشاخ ، واختبار تفهم الموضوع ، وطريقة الجمل الناقصة ، وطريقة الملاحظة واختبارات السلوك . ويشرح المؤلف مميزات كل طريقة من طرق تقـــويم الشخصية ونواحي القصور فيها ، ويوضح أن مشكلة تفسير المعلومات التي يحصل عليها عالم النفس الاكلينيكي من هذه الأساليب المختلفة أمر في غاية الصعوبة ، ولا يزال التفسير يعتمد في جزء كبير منه على مهارة عالم النفس الاكلينيكي وخبرته . ولذلك فإن نتائج هذه الاختبارات تساعد على التنبوء

عن سلوك الفرد فى المستقبل على أساس احتمالى فقط . وإن التنبؤات التى يصل إليها عالم النفس الإكلينيكى من اختبارات الشخصية يمكن الاعتماد عليها بدرجة أقل من الاعتماد على التنبؤات التى يتوصل إليها من نتائج إختبارات الذكاء والقدرات العامة . ولا زال علماء النفس الإكلينيكيون فى حاجة ماسة إلى تحسين نظرياتهم فى الشخصية ، وتحسين مناهجهم فى التشخيص حتى يمكن الوصول إلى فهم أدق للسلوك الإنسانى ، وإلى تنبؤات أدق للسلوك فى المستقبل .

ويتناول المؤلف فى الفصل الخامس العلاج النفسى ويبين أنه من المنطق أن تتباين أساليب العلاج النفسى تبعاً لتباين النظريات فى الشخصية . وقد قام المؤلف بأسلوب موجز دقيق يشرح الأساليب المختلفة للعلاج النفسى . فشرح طريقة التحليل النفسى ، وبين طريقة فرويد التى ترى أن الأمراض النفسية والعقلية تنشأ نتيجة للدوافع اللاشعورية المكبوتة . فليست الإضطرابات النفسية والعقلية إلا طريقة للتعبير عن الدوافع اللاشعورية المكبوتة ، أو طريقة للتحكم فيها ، أو كلتى هاتين الطريقتين معا . ومشكلة العلاج النفسى فى رأى فرويد هى تحرير هذه الدوافع اللاشعورية وذلك بإضعاف الأنا الأعلى جزئيا ، وإخضاع الدوافع لسيطرة الأنا الشعورى .

ويشرح المؤلف أيضا طريقة العلاج النفسى التى إتبعها أدلر ، والمدارس الفرويدية الحديثة التى تشمل أوتو رانك ، وكارن هورنى ، وهارى سليفان ، وإريك فروم ، والطريقة التى ارتبطت بها وهى طريقة كارل روجرز .

ويتناول المؤلف كذلك طريقة التعلم الاجتماعى فى العلاج النفسى وهى الطريقة التى تحاول تطبيق نظرية التعلم فى العلاج النفسى على يدى جون دولارد ، ونيل ميلر ، وهوبارت موور .

ويتناول المؤلف أيضاً العلاج البيئى ويبيّن كيف أنه كثيراً ما يضطر للمعالج النفسى إلى علاج الأفراد الذين يعيش معهم المريض . فيتكلم عن طريقة العلاج البيئى مع المرضى الكبار والمرضى الأطفال الذين يحتاجون فى كثير من الحالات إلى إيداع فى مؤسسات للعناية بهم .

ويتناول المؤلف أيضاً العلاج النفسى الجمعى الذى تعالج فيه مجموعة من المرضى ذوى المشكلات المتشابهة فى وقت واحد مما يؤدى إلى اقتصاد فى الوقت والجهود وخاصة فى حالات كثرة عدد المرضى وقلة عدد المعالجين . ولذلك لم يكن غريباً أن تظهر الحاجة إلى هذا النوع من العلاج النفسى بعد الحرب العالمية الثانية فى المؤسسات العسكرية . ثم بدأت تنتشر هذه الطريقة فى العلاج بعد ذلك فى علاج الأطفال والكبار .

وبعد أن يقوم المؤلف بعرض النظريات المختلفة فى الشخصية ، والأساليب المختلفة فى العلاج النفسى ينتهى إلى أن العلاج النفسى لا زال فى مراحله الأولى وليست هناك طرق مقبولة قبولا عاماً على أنها الطريقة السليمة المثالية للعلاج ، وإن إجراءات العلاج النفسى فى كثير من الحالات لا تكون فعالة كما ينبغى ، وقد تستغرق وقتاً أطول مما هو ضرورى . ويشير المؤلف إلى أن العلاج النفسى لا زال فى حاجة ملحة إلى تقدم البحوث العلمية لزيادة فهمنا للشخصية ، وكيفية نموها وتطورها ، وكيفية تغيرها مما يساعد على الوصول إلى أساليب أكثر دقة وأكثر ملاءمة لعلاج الإضطرابات النفسية .

ومجمل القول أن هذا الكتاب الذى نقدمه كتاب قيم ، وفق المؤلف فيه إلى التعريف بعلم النفس الإكلينيكى ، ومجالات تطبيقه ، وأساليبه المختلفه فى عمليتى التشخيص والعلاج بأسلوب واضح دقيق ، وفى شمول وإيجاز ، مما

جعل الكتاب مفيداً لجميع المشتغلين بعلم النفس بعامة ، وبعلم النفس الإكلينيكى بخاصة . ولا شك أن هذا الكتاب سيسد حاجة كثير من المدرسين والطلاب فى العالم العربى إلى كتاب فى علم النفس الإكلينيكى تتوفر فيه المميزات التى توفرت فى هذا الكتاب وهى الدقة والوضوح والشمول والإيجاز .

وقد وفق الأستاذ الدكتور هطية محمود هنا فى ترجمة هذا الكتاب ترجمه دقيقة ، وفى أسلوب سلس دقيق واضح . فله وافر الشكر والثناء على المجهود الكبير الذى بذله فى هذه الترجمة الدقيقة لهذا الكتاب .

١٢ / ١ / ١٩٧٦ محمد عثمان نجاتى

مقدمة

علم النفس الاكلينيكي واحد من المجالات التطبيقية لعلم النفس وهو مجال ينمو بسرعة . وهو يطبق ، أولا وبالذات، في ميدان الصحة النفسية الذي يزداد الإهتمام به في مجتمعنا إزدياداً كبيراً ، كما أن السيكولوجيين الإكلينيكيين يطالبون بالقيام بدور أساسي في حل المشكلات التي تنشأ في هذا الميدان . وعلم النفس ذاته علم جديد نسبياً ، ومجالات تطبيقه في حالة إنتقال سريع . وليس هناك دائماً إتفاق على النظريات أو الحقائق في هذا العلم، ولسنا نملك في علم النفس الإكلينيكي مجموعة من المهارات المسلم بها والمتفق عليها يمكن أن نجعلها أساساً في الإعتراف بمن نطلق عليه ممارساً ، مدرّباً في هذا الميدان . والتعريف الملائم لهذا الميدان من ميادين الدراسة ينبغي أن يتضمن وجهات نظر متعددة . ولما كان من غير الممكن أن تقوم الأساليب التطبيقية بذاتها ، فإنه يصبح من الضروري أن يختبر صدق النظرية والنتائج التجريبية (الأمبيريقية) التي تقوم عليها أساليب الممارسة المختلفة . والغرض من هذا الكتاب هو تفهم طبيعة علم النفس الإكلينيكي ومكانته في الوقت الحاضر . وهو موجه إلى الطلبة المبتدئين ، وغير المتخصصين ، ودارسي فروع العلم الأخرى المتصلة به . وينبغي النظر إلى هذا الكتاب على أن له قيمة خاصة لمن يفكرون في إحتمال إتخاذ علم النفس الإكلينيكي مهنة لهم .

ويهدف هذا الكتاب إلى تفهم علم النفس الإكلينيكي على أساس واقعي، دون محاولة إخفاء الصعوبات والمشكلات ونواحي النقص ، كما يهدف أيضاً بقدر

الإمكان إلى وصف الوضع الحقيقي لهذا العلم والفرص الكثيرة المتاحة لتطوره. وفى سبيل تحقيق هذا الهدف حاول المؤلف تجنب اللغة الفنية ، والإعتماد على المعلومات المتخصصة فى الإحصاء ومناهج البحث . إن الهدف هو الوصول إلى فهم دون اللجوء إلى تبسيط مبالغ فيه لطبيعة الإنسان المعقدة أو لمشكلة فهم سلوكه .

ولما كانت النظرية وطرق التطبيق المأخوذ بها تتغير تدريجياً ، فإن الميزة التى تتميز بها هذه الطبعة المعدلة إنما هى إضافة مواد جديدة وليست إعادة كتابة الطبعة السابقة . وقد توسع المؤلف فى هذه الطبعة بحيث أصبحت تتضمن وصفاً مختصراً للتطورات الجديدة مثل الصحة النفسية فى البيئة المحلية، والعلاج السلوكى والجماعات المتقابلة . وتتضمن الطبعة المعدلة أيضاً عدة دراسات توضيحية إضافية فى البحث الإكلينيكى ، وتفصيلات مناهج البحث ونتائجه ، ومواداً إضافية للأجزاء الخاصة بنظرية التعلم الإجتماعى وقياس الشخصية .

إننى مدين بقدر كبير للدكتور دوجلاس كراون Douglas Crowne ، والدكتورة شيرلى جيسور Shirley Jessor ، والدكتور ريتشارد جيسور Richar Jessor وزوجتى كلارا Clara الذين قرؤا المخطوط الأصلى وقدموا عدة إقتراحات مفيدة . وأود أيضاً أن أعبر عن تقديرى للسيدة روبرتا ماركلز Roberta Markels لمساعدتها القيمة فى إعداد مخطوطات الكتاب ، كما أننى مدين للسيدة مارى ب دافيز Mary B. Davis لما قدمته من مساعدة فى إعداد الطبعة المنقحة .

جوليان ب روتر

الفصل الأول

ماهو علم النفس الاكلينيكي

يتزايد إعتراف العلماء الطبيعيون والبيولوجيون والطبقة المثقفة بأن إيجاد الحلول للمشكلات العلمية والتغلب على الأمراض الجسمية لا يمكن أن يحل جميع مشكلات الإنسان المتعلقة بحياته مع نفسه أو مع الآخرين ، فقدرة الإنسان على أن يعيش في سلام وبإيجابية في سعادة تستلزم فهم الإنسان نفسه . وللوصول إلى هذا الفهم يلجأ الكثيرون إلى العلوم النفسية والإجتماعيـــة بما فيها علم النفس الإكلينيكي .

وعلم النفس الإكلينيكي بالمعنى الواسع هو ميدان تطبيق المبادىء النفسية التي تهتم أساساً بالتوافق السيكولوجي للأفراد . ويتضمن التوافق السيكولوجي مشكلات السعادة ـ مثل مشاعر عدم الإرتياح والإحباط وعدم الملاءمة والقلق أو التوتر ـ لدى الفرد ، كما يتضمن علاقاته بالآخرين ومطالب وأهداف وعادات المجتمع الأكبر الذي يعيش فيه . ومثل هذا التعريف عام جداً ، فهو لا يميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من مجالات التطبيق الأخرى في علم النفس أو عن غيره من الميـادين المهنية الأخرى التي تهتم أيضاً بطريقة أو بأخرى بالتوافق السيكولوجي الكلي للفرد .

وفي مجال علم النفس مثـلا نجد تخصيصات مختلفة مثل الإرشاد المهني أو الإستشارة المهنية التي تهتم بتوافق الفرد مع عمله ، والهندسة البشرية التي تعالج جزئياً توافق الإنسان مع الآلة التي يعمل عليها ، وعلم النفس المدرسي الذي

يتضمن توافق الفرد للمدرسة وللدّراسة . ومن المهن التى تتداخل مع علم النفس الإكلينيكى المهن التى يمارسها طبيب الأمراض العقلية (أو النفسية) (*) والاخصائى الاجتماعى (*) والمحامى ، والمختص بأمراض الكلام ، ورجل الدين . فهذه المهن جميعها تهتم بطريقة ما بتوافق الفرد لمجموعة خاصة من الظروف .

وفى بعض المجالات يتميز علم النفس الاكلينيكى عن غيره من المجالات الأخرى من حيث أن هذه المجالات الأخيرة تركز على مظهر معين من مظاهر التوافق كما هو الحال فى التوافق المهنى أو أمراض الكلام . وعلى الرغم من ذلك فهناك فى بعض الأحيان تداخل كبير فى الاهتمامات كما هو الحال بين علم النفس الاكلينيكى والطب العقلى (النفسى) ، فكل منهما يتناول بالبحث الخصائص العريضة للمرض العقلى (النفسى) ، أو اضطرابات الشخصية . ولكن الخلاف هنا لا يحدث فى الأغلب فى التطبيق ، وإنما يحدث فى إعداد وتدريب الممارسين ، وفى نوع المنهج الذى يستخدم فى بحث المشكلات . ويشير منهج البحث إلى الاتجاه النظرى الخاص الذى هو جزء من نوع التدريب الخاص الذى يتعرض له الممارس . فمن خصائص السيكولوجيين ، مثلا ، أن يبحثوا الاضطرابات العقلية (النفسية) على أنها نتائج للخبرات المبكرة أو التعلم ، فى حين أن أطباء الأمراض العقلية (النفسية) يبحثون هذه الاضطرابات باعتبارها أمراضاً خاصة تحتاج إلى علاج خاص . وحتى فى هذا الشأن نجد تداخلا كبيراً بين المجالين فى بحثهما لكثير من المشكلات .

وربما تستطيع الوصول إلى فكرة أوضح عن طبيعة علم النفس الاكلينيكى

(*) ورد تعريف هذا المصطلح فى قائمة المصطلحات الواردة فى نهاية الكتاب مع غيره من المصطلحات التى رقمت بالعلامة * عند ظهورها لأول مرة فى الكتاب .

إذا ما نظرنا بدقة فيما يقوم به السيكولوجيون الاكلينيكيون ، إن معظم ما جاء في هذا المؤلف سوف يصف ما يقومون به ، ومصدر أفكارهم ، وبعبارة أوسع كيفية إعدادهم وتدريبهم .

ما العمل الذى يقوم به الاخصائيون فى علم النفس الإكلينيكى ؟ :

من الممكن أن نقسم أوجـــه النشاط التى يمارسها السيكولوجيون الإكلينيكيون إلى ثلاث مجموعات أساسية من الأساليب أو المهارات . وأولى هذه المهارات فى قياس الذكاء والقدرات العامة . وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد بل يتضمن أيضاً تقدير إمكانياته وكفاءاته وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى التى تحيط به فى قيامه بوظائفه العقلية .

والمجال الثانى من مجالات تطبيق المهارات والأساليب الإكلينيكية يتعلق بقياس الشخصية ووصفها وتقويمها وما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقى . ومثل هذا القياس التشخيص ليس مجرد محاولة تحديد للمرض الخاص الذى يشكو منه الفرد على النحو الذى يحدث عندما نحاول أن نحدد ما إذا كان الفرد مريضاً بالحصبة أو الجديرى ، بل أنه محاولة وصف الظروف السيكولوجية للفرد وصفاً تفصيلياً ودقيقاً قدر الإمكان . ولكى نوضح معنى قياس الشخصية أو التشخيص ، من الضرورى أن نقدم وصفاً مختصراً لما نقصده من الشخصية ونظرياتها .

يشير لفظ الشخصية عادة إلى طرق السلوك والتفكير وردود الأفعال (الإستجابات) وللمشاعر الثابتة والمتسقة نسبيا والتى تميز شخصاً معينا . وهذا اللفظ على النحو الذى يستخدم به عادة يستبعد الخصائص الثابتة للفرد التى تتصل بالذكاء والإنجاز والمهارات العقلية بوجه عام .

وتهتم معظم نظريات الشخصية بتحديد أهم وأعم خصائص الأفراد الثابتة والعمليات التي تؤدي إلى اكتساب هذه الخصائص وتعديلها . وإذا استطعنا أن نقيس هذه الخصائص وأن نحددها فإننا نستطيع أن نفهم وأن نتنبأ بالكثير من سلوك الفرد . وتهتم نظريات الشخصية أيضا باكتشاف ووصف الخبرات والظروف والأحداث التي تؤدي إلى نمو وتغيير خصائص معينة للشخصية ، كما تهتم أيضا بوصف ما يمكن أن يكون عليه السلوك في المستقبل بناء على معرفتنا بخصائصه الحالية . هذه هي النظريات التي يعتمد عليها السيكولوجيون الإكلينيكيون في وضع اختباراتهم وإجراءاتهم التشخيصية وأساليبهم العلاجية . وتختلف نظريات الشخصية فيما بينها في العديد من الوجوه ومن أهم هذه الاختلافات إثنان هما .

١ — التوكيد على أي مظاهر لسلوك الفرد أو شخصيته تعتبر أساسية (مركزية) .

٢ — وجهات النظر فيما يتعلق بكيفية نمو هذه الخصائص الهامة للشخصية أو إكتسابها وعلاقاتها فيما بينها .

والمجال الثالث من مجالات الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية هو ما نطلق عليه عادة العلاج النفسي . ويقصد به في أذهان الكثيرين طريقة العلاج التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات في محاولة لمساعدته على فهم نفسه والوصول إلى توافق أفضل ، وهذا المصطلح يستخدم في هذا المؤلف بمعنى أوسع لوصف جميع طرق العلاج النفسي ، وهذه الطرق تتضمن معالجة المرضى وجها لوجه لفترة من الزمن ، وتوجيه التوصيات للآباء أو المدرسين أو للمرضى أنفسهم مباشرة ، والقيام بأحداث تغييرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات أو التوصية بأحداث هذه التغييرات ، وبعبارة أخرى

تتضمن هـذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد .

وتصف الفصول الثالث والرابع والخامس بالتفصيل الوظائف الرئيسية الثلاث التى يقوم بها السيكولوجيون الإكلينيكيون . ولـكن ينبغى أن تتذكر أنهم قد يقومون بأعمال كثيرة أخرى بالإضافة إلى هذه الوظائف التطبيقية الثلاث . فعدد كبير منهم يقوم بالتدريس وبإجراء البحوث . وفى بعض الأحيان تـكون هذه البحوث مرتبطة إرتباطا وثيقا بالمشكلات التطبيقية ، ولـكنها قد تكون بعيدة جداً عن هذه المشكلات وذلك على أمل أن مثل هذه البحوث سوف تؤدى فى النهاية إلى فهم أفضل للمشكلات الإكلينيكية . ويهتم السيكولوجيون الإكلينيكيون ببناء نظريات جديدة وأكثر ملاءمة عن الطبيعة الإنسانيه والتحقق من هذه النظريات الجديدة . وعلى الرغم من أن البحث لا يستوعب نشاط جميع السيكولوجيين الإكلينيكيين ، إلا أنه يميز هـذه المجموعه أكثر من غيرها من المجموعات التى تعمل فى ميدان الصحة النفسية

وبالإضافه إلى هذه الأنشطة ، فإن كثيراً من السيكولوجيين الإكلينيكيين يهتمون أيضا بميادين أخرى من علم النفس مثل علم النفس الفسيولوجى وعلم النفس التجريبي وعلم النفس الإجتماعى وعلم النفس الصناعى وغيرها . والواقع أن إعداد معظم السيكولوجيين وتدريبهم يشتمل على جزء كبير مشترك فى النواحى النظرية ومناهج البحث ، ولهذا فالفرد الذى يتخصص فى أحد فروع علم النفس يشترك عادة مع زملائه الآخرين المتخصصين فى الفروع الأخرى فى قدر كبير فى الاعداد والتدريب اللذين يتلقاها وفى كثير من الإهتمامات والأنشطة . وقد يـكون من المفيد لـكى نلخص العمل الذى يقوم به السيكولوجى الإكلينيـكى أن نلقى نظرة على بعض الأطر أو المؤسسات التى يعمل فيها السيكولوجى الإكلينيكى عادة .

بالإضافة إلى التدريس فى الكليات والجامعات يعمل السيكولوجيون الإكلينيكيون فى العديد من المؤسسات فهم يعملون فى كليات الطب وعيادات الجامعات، وربما كان العدد الأكبر منهم يعملون حالياً فى المستشفيات العقلية . وهم فى مثل هذه المستشفيات لا يقومون بالعمل والبحث فى النواحى الإكلينيكية فقط ، ولكنهم يقومون أيضاً بالتدريس لزملائهم من التخصصات الأخرى ، وتقديم مشورتهم لهم ، كما يقومون بعمليات اختبار العاملين فيها . وهناك آخرون من السيكولوجيين الإكلينيكيين يعملون فى المستشفيات العامة وفى مراكز علاج الراشدين والأطفال . وفضلا عن ذلك فإن كثيراً من السيكولوجيين الذين يعملون فى المدارس يعدون ويدربون أساساً فى علم النفس الإكلينيكى .

وللسيكولوجيين الإكلينيكيين أدوار هامة أيضاً فى المؤسسات العامة الأخرى مثل مدارس المتخلفين عقلياً والسجون ودور الإصلاح ومراكز التأهيل للأحداث الجانحين ، ومؤسسات فاقدى البصر والصم والمعوقين جسميا وقد استخدمت الصناعة أيضاً عدداً متزايداً من السيكولوجيين الاكلينيكيين لمواجهة مشكلات اختيار العمال وفقا لخصائصهم الشخصية ، وبهدف القيام بالإرشاد النفسى ، والعلاج النفسى ، والبحوث الخاصة بتوافق العمال . وكذلك يقوم السيكولوجيون الإكلينيكيون بتقديم إستشاراتهم للمؤسسات أو الوكالات الحكومية وللصناعة والمنظمات الأخرى فيما يتعلق بمشكلات قياس الشخصية والإختيار والصحة النفسية .

وفى السنوات الأخيرة اشتغل كثير من السيكولوجيين الاكلينيكيين فيما أطلق عليه الصحة النفسية فى البيئة المحلية . وهذا الميدان من ميادين التطبيق يتضمن عدداً كبيراً متنوعا من أساليب تناول المشكلات ، كما

يتضمن العديد من الإخصائيين الآخرين مثل أطباء الأمراض العقلية (النفسية) وعلماء الاجتماع والإخصائيين الاجتماعيين والسيكولوجيين التربويين . وهذه الفئة تركز أساسا على المجتمع نفسه وليس على أفراد معينين . فهم يقدمون إستشاراتهم للآباء ، ومديرى الأعمال ، وجمعيات الآباء فى المدارس ، والقادة الدينيين ، ورجال الأعمال والمسؤولين فى المدن ؛ كما أنهم يقدمون إرشاداتهم فيما يتعلق بعملية التوظيف ، وفى النواحى الاقتصادية ، ويقومون بأوجه النشاط اللازمة والمتاحة فى المناطق المصابة بالكساد أو الأزمات ، كما أنهم يدربون الأفراد الذين لم يحظوا من التعليم المهنى الرسمى ، ولكنهم مع ذلك يستطيعون تقديم الخدمات النفسية اللازمة ، ويساعدون أفراد المجتمع على أن ينظموا أنفسهم من أجل أن يساعدوا أنفسهم . تلك هى بعض الأنشطة التى يقوم بها السيكولوجيون الذين يهتمون بالمجتمع المحلى وخدمته .

ويعمل معظم السيكولوجيين الاكلينيكيين فى مؤسسات تهتم بالجماعات وترتبط عادة بالحكومة المركزية أو بحكومات الولايات أو بالجامعات أو الكليات أو كليات الطب أو العيادات المحلية التى تعتمد على المعونات الحكومية اعتماداً كليا أو جزئيا . وهم كالاخصائيين الاجتماعيين فى مهنة تنمو إلى أن تكون مهنة اجتماعية ، بمعنى أن السيكولوجيين لا يعتمدون فى دخلهم على ما يدفعه المرضى ، وبالتالى فإن خدماتهم تصبح متاحة للجميع بصرف النظر عن القدرة المالية لمن يحتاج إليها ، وقد ظهر من بحث مسحى حديث أن كثيراً من السيكولوجيين الاكلينيكيين يقدمون خدمات خاصة للأفراد ، ويتقاضون منهم مباشرة أجورهم على خدماتهم لهم ، ولكن هذه الممارسة الخاصة تشغل جزءاً بسيطا من وقتهم وتكون جزءاً يسيراً من دخلهم . ونسبة ضئيلة فقط من السيكولوجيين الاكلينيكيين هم الذين يعتمدون فى الجزء الأكبر

من دخلهم على الممارسة الخاصة . وعلى الرغم من أن هذه النسبة آخذة فى الازدياد زيادة طفيفة إلا أنه ليس من المحتمل أن تبلغ فى أى وقت فى المستقبل نسبة هؤلاء الذين يعتمدون فى دخلهم على الحكومة أو المؤسسات . وقد يرتبط السيكولوجى الاكلينيكى فى قيامه بممارسته الخاصة بغيره من السيكولوجيين الاكلينيكيين أو بأفراد من تخصصات أخرى . يتضمن عملهم فى هذه الحالة القيام بنفس الوظائف المعتادة ، وهى قياس القدرات العقلية وتقويم الشخصية (التشخيص النفسى) والعلاج الفردى والجماعى .

ويشكل فهم الإنسان وعلاجه هدفاً كبيراً من المشكلات الصعبة . ولما كان كثير من الأفراد غير مدركين لبعض دوافعهم ويفشلون فى تذكر خبراتهم أو فى التعبير عنها ، ويسلكون بصور مختلفة فى المواقف المختلفة كان من الضرورى أن تتطلب دراسة السلوك الإنسانى أساليب معقدة متعددة ، وتستلزم دراسة الفرد أو علاجه فهما ، وينبغى أن يختبر صدق هذا الفهم عن طريق التنبؤ ويناقش الجزء التالى بعض المشكلات الشائعة التى تتضمنها الأساليب التى يستخدمها الاكلينيكى فى الوصف والعلاج .

علم النفس الإكلينيكى هل هو فن أم علم :

من بين الممارسين الاكلينيكيين من يتمسك بأن الأحكام الرئيسية (التى يصدرها السيكولوجى الاكلينيكى) فى مشكلات التشخيص والعلاج هى مشكلات ذاتية فى أساسها تعتمد على خبرة الممارس ومهارته الشخصية. ويجادل هؤلاء الاكلينيكيون دفاعاً عن رأيهم بأنه على الرغم من أن الأساس فى أحكامهم لا يمكن أن يكون دائماً صريحاً وواضحاً فإن المشكلات التى يتناولونها بالغة التعقيد بحيث تصبح وسائلهم الأساسية هى البصيرة ودقة التمييز والخبرة .

وبعبارة أخرى يدافع هؤلاء الاكلينيكيون عن رأيهم بأنه لا توجد قواعد صارمة يجب الالتزام بها ، وأنه لا توجد اختبارات أو مقاييس موضوعية تحل محل حكم السيكولوجى الاكلينيكى ، وبالتالى فان عمل الاكلينيكى هو فن فى أساسه . ويذهب البعض منهم إلى أبعد من هذا فيدافعون بصورة أقوى من هذه بأن طبيعة الإنسان هى بحيث لا يمكن أن يكون عملهم إلا نوعا من الفن .

وبعض السيكولوجيين والاكلينيكيين الذين يطلق عليهم أحياناً الاكلينيكيون المتمسكون بالاختبارات يعتقدون أن من الممكن أن تصحح الاختبارات بطريقة موضوعية (أى أنها موضوعة بحيث يمكن لأى شخص يقوم بتصميمها أن يصل إلى نفس النتيجة) وأنها تقدم لنا أساساً للتنبؤ أكثر دقة وأكثر فائدة من الحكم الذى يقدمه لنا أى سيكولوجى . وهم يشعرون بأن من الممكن أكثر فأكثر أن نصل إلى تنبؤات دقيقة عن طريق هذه الوسائل الموضوعية . وهم يجادلون دفاعاً عن وجهة نظرهم بأن علم النفس الاكلينيكى قد أصبح الآن علماً إلى حد كبير ، وأنه لجدير بذلك ، وأنه سوف يصبح علماً بدرجة أكبر . وقبل أن نناقش هذه المسألة بتعمق أكثر ينبغى أن نناقش كيف ولماذا شغل السيكولوجيون الاكلينيكيون أنفسهم بمشكلات التنبؤ بالسلوك الإنسانى .

عندما يصدر السيكولوجى الاكلينيكى حكماً على القدرة العقلية لفرد ما فانه إنما يقوم بذلك لكى يتنبأ بما يستطيع الفرد أن يتعلمه فى المدرسة ، أو أى مكان آخر ، وبما يمكن أن نتوقعه منه . وعندما يصدر حكماً عن مدى قلق شخص ما أو عدوانه أو عدم اطمئنانه أو عجزه عن التفكير السليم أو المنطق فانه يتنبأ عن كيف يسلك هذا الشخص فى عدد كبير من الظروف المتنوعة فى الوقت الحاضر وفى المستقبل . وعندما يوافق السيكولوجى الاكلينيكى على أن يعالج مريضاً علاجاً نفسياً فانه يتنبأ بطريقة ضمنية بالفائدة

المحتملة للمريض ، وبالمثل فان الطريقة التى يتبعها فى علاج المريض تنطوى بطريقة ضمنية أو صريحة على تنبؤات عن كيف أن سلوك الا كلينيكى الخاص سوف يؤثر على المريض . وبعبارة أخرى ، على الرغم من أنه لن يقول لنفسه « أنا أتنبأ بأن كذا وكذا سوف يؤدى بالضبط إلى كذا تحت هذه الظروف » إلا أنه دائماً يصدر أحكاماً عن كيف يتصرف الفرد فى ظروف أخرى أو كيف أن توصياته وعلاجه أو إجراءاته أو غير ذلك سوف تؤثر على المريض . وعندما يصنف المريض فى فئة من الفئات — كأنه يصنفه على أنه ذهانى (مجنون) أو عصابى أو جانح أو متأخر عقلياً — فانما هو يتنبأ أساساً بأسلوب سلوكه تحت عدد من الظروف المتنوعة ، كما يحتمل أن يتنبأ أيضاً بأنواع الإجراءات العلاجية التى سوف تفيده أكبر فائدة، وحتى من بين هؤلاء السيكولوجيين الا كلينيكيين الذين يقولون أن اهتمامهم الوحيد هو الفهم ، نجد أن هدفهم من هذا الفهم هو أن يكونوا قادرين دائماً على القيام بشىء ما لمساعدة المريض .

وحتى إذا جادلوا بأنه لا يوجد أمامنا أى اختيار إطلاقا فيما ينبغى القيام به — أى أنه إذا ما اعتقد أنه على السيكولوجى الا كلينيكى أن يستخدم دائماً نفس الإجراء بصرف النظر عن اختلاف المريض عن غيره — فان من يشتغل بالعلاج النفسى — أياً كان — يصبح بنفس القــدر مشتغلا بعمق فى مشكلات التنبؤ . كيف يمكن الوصول إلى هذه التنبؤات بالطريقة الأكثر فعالية ؟ هل ينبغى أن تستخدم الاختبارات الحالية إلى أقصى حد ممكن ؟ أم أن نضيف إليها اختبارات أكثر ؟ أم نحاول أن نقلل من الأحكام التى يصدرها الا كلينيكى إلى أدنى حد ممكن حتى يصبح فى إمكان الآلات الحاسبة أن تعطينا صورة طبق الأصل منها ، فاذا ماقدمت لها نفس المعلومات فانها تؤدى

بنا إلى نفس الإجابة؟ أم ينبغى أن يترك التنبؤ بها لعمليات الحكم الفردية الذاتية والتى تعتمد على الحدس بدرجة أكبر .

إن معظم السيكولوجيين الاكلينيكيين يعتمدون عادة على ما يعرف بمنهج دراسة الحالة للوصول إلى الأحكام والتنبؤات ، ولذلك ينبغى أن نفحص هذا المنهج لكى نبرهن ما إذا كان علم النفس الاكلينيكى ، فى الحقيقة فناً أم علماً .

منهج دراسة الحالة :

للوصول إلى حكم ما ، يقوم السيكولوجى الاكلينيكى بتجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات فى حدود الوقت المتاح ومصادر البيانات الممكنة . وبعض المعلومات تأتى مباشرة نتيجة المناقشة مع المرضى (العملاء) ، وهى تشتمل على تصورهم لطبيعة مشكلاتهم ، ولطبيعة الظروف التى يعيشون تحتها ، ومشاعرهم ، واتجاهاتهم ، ورغباتهم ، وأهدافهم ، وغير ذلك . وبالإضافة إلى هذا ، فإن السيكولوجى الإكلينيكى يحاول فى كثير من الحالات ، أن يحصل على معلومات من مصادر أخرى مثل الأطباء والمدرسين والآباء والزوجات والأزواج والأقرباء وغيرهم . وقد يحصل أيضاً على البيانات بإجراء الاختبارات على مرضاه ، وهذه الاختبارات قد تكون اختبارات ذكاء أو إختبارات قدرات خاصة ، أو إختبارات للشخصية أو إختبارات يفترض أنها تكشف عن إصابات المخ ، أو إختبارات للإستعدادات والميول المهنية ، ويحاول أن أمكنه أن يحصل على التاريخ التطورى (أو الإجتماعى) للمريض حتى يستطيع أن يفهم كيف نمى وتطور سلوك المريض واتجاهاته الحالية نتيجة

لخبراته المبكرة الخاصة به ، ويتطلب فهم مشكلات المرضى — سواء كانوا أطفالا أم كباراً وسواء كانت اضطراباتهم بسيطة أم خطيرة — فهم الأحداث الهامة فى حياتهم . ويصل السيكولوجى الاكلينيكى عادة إلى التاريخ الاجتماعى للمريض عن طريق المقابلة معتمداً فى ذلك على المريض نفسه وعلى المصادر الأخرى . وتاريخ الحالة الاجتماعى فى صورته المختصرة قد يغطى عدة صفحات . ومن الواضح أن مثل هـذا الشمول غير ممكن فى جميع الحالات ، وبالتالى يصبح من الضرورى أن يقرر الاكلينيكى المعلومات التى يسعى للحصول عليها وبأى درجة من التفصيل .

وعلى الرغم من أنه من الناحية المثالية تـكون الغالبية العظمى من المعلومات فى صورة وقائع مثل « أن المريض طلق زوجته بعد مضى عام واحد من زواجه » أو « أن المريضة رسبت فى الصف الثالث » إلا أن الوقائع لا تـكون إلا جزءاً من التاريخ الاجتماعى. فليس من المهم فقط أن نعرف ، مثلا ، أنه مرض مرضاً شديداً عندما كان عمره أربع سنوات ، بل من المهم أيضا أن نحدد شعوره وشعور الآخرين إزاء مرضه . هـل تسبب مرضه فى شعور الأم بالقلق لخوفها من أنه قـــد يؤدى إلى وفاة ابنها ؟ هل عومل الطفل باهتمام شديد لمـــدة عدة أشهر بعد مرضه ؟ هل تسبب هذا الاهتمام الذى حصل عليه فى إثارة الغيرة لدى الأطفال الآخرين ؟ كيف استجاب الطفل لرسوبه فى المدرسة فيما بعد ؟ وكيف شعر والداه ؟ وما الذى طرأ على عمله فى المدرسة فيما بعد نتيجة لرسوبه ؟ أن الخبرات الذاتية للفرد هى التى يتركز عليها مجهود الاكلينيكى لفهم الطفل . أن « الوقائع » التى يحصل عليها الاكلينيكى هامة من حيث أنها علامات غير مباشرة للخبرات النفسية السابقة ذات الاهمية .

أنه من الأهمية البالغة أن نحصل على المعلومات من مصادر متعددة لأننا

بهذا لا نحصل على الوقائع فقط بل نعرف كيف شوهت أو على أى نحو تذكرها أناس متعددون بما فيهم المريض نفسه . وهذه الاختلافات نفسها تكشف عن كيف شعر المتصلون بالحالة حينذاك . فمثلا فى مناقشة أسلوب تعليم الطفل النظام فى سنوات عمره المبكرة فقد تذكر الأم أن الأب كان يعامل الطفل بخشونة . وقد يتذكر الأب أن الطفل كان قليل الاتباع للنظام وأن الام كانت تتركه يفعل ما يريد . وقد تتذكر المريضة البالغة أن أمها كانت مشغولة دائما بأمورها الخاصة وبارضاء زوجها ، فى حين تقرر أختها أن المريضة كانت مفضلة لدى أمها وأنها كانت تقوم بكل شىء من أجلها . أنه من غير الممكن أن يكتشف الاكلينيكى الحقائق المتعلقة بالسنة أو الخمس سنوات أو العشر سنوات أو الخمس عشرة سنة الماضية ، ولكن فى إمكانه أن يجد دليلا لمشاعر وخبرات جميع المرتبطين بالحالة عندما يكتشف أوجه التشابه وأوجه الاختلاف فى وجهات نظرهم للحدث الواحد .

ويمكن أن نوضح أهمية الحصول على المعلومات من مصادر متعددة ، كلما أمكن ذلك ، يميل الخبراء إلى السعى وراء الأسباب المختلفة التى تفسر حالة المريض والتى غالبا ما يجدونها . وينبغى أن يكون الاكلينيكى على حذر من أن يتقبل أيا من هذه الاسباب باعتباره بالضرورة سببا أساسيا فى صعوبات المريض الحالية . فإذا ما سألنا الطبيب فإنه يشير عادة إلى الظروف الصحية ، وإذا ما سألنا المدرس فإنه يشير إلى مشكلات التعلم ، وإذا ما سألنا طبيب العيون فإنه يشير إلى صعوبات فى الابصار ، وإذا ما سألنا الوالدين فإنهما يشيران إلى سوء المعاملة فى المدرسة فى حين أن المدرسة إذا ما سئلت تشير إلى سوء معاملة الوالدين .

أن منهج دراسة الحالة يحاول أن يطور على نحو كامل قدر الامكان فهما

للفرد والعلاقات ماضية وحاضرة فى بيئته الاجتماعية . وتحقيق مثل هذا الفهم يتضمن تكاملا للمعلومات المستمدة من إستجاباته (ردود أفعاله) الحالية ، ومن خبراته السابقة (بقدر ما يمكن تحديدها) ، ومن الاختبارات السيكولوجية بأنواعها المختلفة مع المعلومات التى يحصل عليها الاكلينيكى من الأشخاص الآخرين . وهذه البيانات يجب أن تجمع بطريقة بحيث تؤخذ جميعها بنظر الاعتبار وتتكامل جميعها . وهى عملية تحتاج إلى مهارة وخبرة عظيمتين .

والآن وقد انتهينا من مناقشة منهج دراسة الحالة نعود إلى موضوع ما إذا كان علم النفس الإكلينيكى فناً أم علماً . أن بعض السيكولوجيين الاكلينيكيين ، فى معالجتهم للكبار ، يشعرون أن التأكيد على الإجراءات التشخيصية وتاريخ الحالة والمعلومات التى تحصل عليها من المصادر الأخرى مسألة ضارة ، وهم يقصرون عملهم على محاولة فهم ما يقوله المريض فى مقابلاته العلاجية . وهؤلاء السيكولوجيون يميلون إلى أن يروا أن الممارسة فى علم النفس الاكلينيكى فن وأما الآخرون الذين يحاولون الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات من الاختبارات أو من المصادر الموضوعية الأخرى ، بالإضافة إلى المعلومات التى يحصلون عليها من المريض أو الحالة التى يدرسونها فإنهم يميلون إلى أن يروا أن الممارسة فى علم النفس الاكلينيكى علم .

والآن من الواضح كل الوضوح أن الكثير من أحكام السيكولوجيين الاكلينيكيين الهامة لا يمكن أن تبنى على أساس موضوعى بحت ، ليس فقط لأن الاكلينيكى ليس لديه قدر كاف من القواعد المبرهن عليها والتى تتعلق بما هو الاجراء الصحيح أو الأكبر فائدة للاستخدام فى حالة معينه ، وإنما

أيضاً لأنه كثيراً ما تنقصه الاختبارات والمقاييس الخاصة بكثير من الأمور التي يراها ذات أهمية في إصدار حكمه ، وحتى إذا ما وجدت الاختبارات فإن صدقها أو قوتها التنبؤية أمر محدود .

أن عدداً ضئيلا من الاكلينيكيين يعمل — عند تقويم الشخصية والقدرة العقلية — دون أن يستخدم الاختبارات الموضوعية من ناحية ، ومن الناحية الأخرى فإنه من الواضح أيضاً أنه ليس من الممكن أن يتوقف الاكلينيكي فجأة أثناء ممارسته للعلاج النفسي عندما يشعر بحاجته إلى إصدار حكمه ويجرى على المريض اختباراً ما لكي يقرر العمل الصحيح الذي ينبغي عليه أن يقوم به . وبالاختصار هناك مكان في ممارسة علم النفس الاكلينيكي في الوقت الحاضر للأحكام الذاتية المعتمدة على الخبرة والمهارة ولاستخدام الاختبارات والاجراءات الموضوعية بوجه عام عندما يثبت أنها مفيدة. ولمصلحة المرضى أنفسهم يصبح من المهم باستمرار محاولة زيادة عدد ونوع الأحكام التي يمكن التوصل إليها على أسس موضوعية ، وبهذا نستبعد الأخطاء التي تتضمنها الأحكام الذاتية . ومع ذلك فإن من الواضح أن معظم القرارات الهامة للسيكولوجيين الاكلينيكيين سوف تعتمد جزئياً لفترة طويلة على مثل هذه الأحكام الذاتيه . وهذا هو على وجه التحديد السبب في أن السيكولوجيين الاكلينيكيين الذين يصدرون أحكاماً تؤثر تأثيراً خطيراً في حياة الآخرين ينبغي أن يحصلوا على أفضل إعداد وتدريب ممكنين ، وهو السبب أيضاً في أنهم يمارسون عملهم في أول حياتهم تحت إشراف إلى أن يحصلوا على قدر كاف من المهارة والخبرة يسمح لهم بالعمل مستقلين . ويشعر معظم أفراد المهنة ـ على الرغم من عدم إتفاقهم جميعاً ـ أن درجة الدكتوراة من المؤسسات التي توافق الجمعية الأمريكية السيكولوجية على برامجها رسمياً تعتبر الحد الادنى

لممارسة علم النفس الاكلينيكي . وقد يكون هناك عدد ممن لم يحصلوا على درجة الدكتوراة من بين السيكولوجيين الاكلينيكيين أفضل من بعض الحاصلين عليها بسبب خبراتهم أو إستعداداتهم الطبيعية أو مميزاتهم الشخصية . ولكن إذا كان على مثل هؤلاء أن يتحملوا عبء اتخاذ قرارات هامة بالنسبة للآخرين فإنه مما يمكن الجدال بشأنه أنهم أيضاً سوف يصبحون أكثر فعالية مع إعداد افضل وتدريب أدق .

إن معظم السيكولوجيين يقتربون من مشكلة فهم الطبيعة الإنسانية من وجهة النظر العلمية . فهم يرون أن سلوك الانسان تحدده قوانين طبيعية يمكن إكتشافها . ووجهة النظر هذه قد يخطىء فى فهمها هؤلاء الذين يشعرون أن السيكولوجى ينظر للإنسان على أنه آلة بسيطة وبالتالى يسلبه خصائصه الانسانية الأساسية ، ولمحاولة فهم الانسان من وجهة نظر علمية أو طبيعية يعترف معظم السيكولوجيين الاكلينيكيين بأن الانسان كائن حى بالغ التعقيد ، قادر على أن يغير من سلوكه على أساس تفكيره ، وقادر على خلق أفكار وأنماط من السلوك جديدة ، ولديه القدرة على القيام بردود أفعال والوصول إلى أفكار غامضة ومعقدة . ولكن مهما يكن من تعقد الانسان فإن دراسته ودراسة القوانين التى تحكم سلوكه إنما هى علم . وعلم النفس الاكلينيكى هو أحد العلوم التى تهتم بدراسة الانسان ، وإذا كان لمجهودات السيكولوجيين الاكلينيكيين أن تثمر فى زيادة للمعرفة فإن مناهجهم يجب أن تنسجم وتتطابق مع مناهج البحث العامة فى العلوم . وفى تطبيق ما نعرفه الآن على التنبؤ بسلوك الفرد فى المستقبل أو على أساليب تغيير سلوكه لا يزال من الضرورى أن يلعب الحكم الذاتى القائم على الخبرة دوراً ضخماً . وبهذا المعنى فقط يصبح علم النفس الاكلينيكى فناً كما هو علم . ومع ذلك فإن هذا الحكم لا ينطوى على أن هذا جانب حتمى.

لعلم النفس الاكلينيكى ، وأنه لا يمكن أن يكون موضوعياً أكثر فأكثر » أو أن المبادىء التى يتضمنها تطبيق القوانين السيكولوجية على بنى الانسان فى المواقف الاجتماعية المعقدة أمور غامضة ولا يمكن إخضاعها أساساً للتحليل العلمى ، بل أن عمل السيكولوجى الاكلينيكى ينبغى أن ينضم إلى مجهودات العلماء الآخرين من أجل زيادة معرفتنا عن طبيعة السلوك الانسانى .

بعض حالات توضيحية :

سوف يساعد فى فهم الطبيعة الأساسية للمنهج السيكولوجى أن ندرس ثلاث حالات باختصار . هذه الحالات الثلاثة لأولاد فى الصف الدراسى السابع (أى ما يعادل الصف الأول الاعدادى فى مصر والصف الثالث المتوسط فى الكويت) وسوف نطلق عليهم الأسماء الآتية : جون وفيليب وروس . وقد حول هؤلاء الأولاد الثلاثة إلى العيادات النفسية لسبب واحد وهو أنهم سرقوا بعض النقود فى المدرسة واكتشف أمرهم فى النهاية . ولنأخذ حالة جون أولا :

جـون :

السرقة : عندما سئل جون لماذا أخذ النقود من محفظة المدرسة، تحدث بمرارة عن المدرسة قائلا أنها أنبته مرتين فى ذلك اليوم لأنه تكلم فى غير دوره وأنها أرسلته قرب نهاية ذلك اليوم الدراسى ذاته إلى مكتب ناظر المدرسة لأنه رد عليها بوقاحة . وعندما سئل عما فعله بالنقود أجاب بأنه بعد أن أخذها شعر بالقلق خوفا من أن يضبط وقرر أن الأسلم له أن يقذف بالنقود فى إحدى الأدغال (الأجمات) قرب المدرسة . وقال أنه لم يكن فى حاجة إلى النقود لأنه

يحصل على مصروف كبير من والده . خمسة دولارات فى الأسبوع . يمكنه أن يصرفها على النحو الذى يريده .

خليفة جون :

بالتحدث مع جون ووالديه أمكن الوصول إلى عدد من الحقائق الهامة التى تميز تاريخه الماضى . كان جون الابن الوحيد لأسرة تعيش فى إحدى ضواحى المدينة المفضلة . وكان والده من رجال الاعمال وكان يعيش فى حالة ميسورة من الناحية المالية ، ولكنه كان يقضى معظم وقته إما فى عمله أو فى مكتبه بالمنزل مركزاً على عمله . ويبدو أنه قد عزل نفسه عن أسرته منذ عدة سنوات . فكان يقضى وقتاً ضئيلا جداً فى النشاط الجمعى مع أسرته ، ولكنه كان كريماً معها فيما يتعلق بحاجاتها المادية . ومن الواضح أن الوالد كان يشعر بشىء من الذنب لإهماله لجون ، وأنه كان يقدم أى شىء مادى يطلبه تقريبا . ولم يقم الوالد بأى دور فى تدريب ابنه على النظام قائلا أن هذا عمل الأم . وقد أبدت الأم التى كانت تتميز بالخنوع وبشىء من الجبن وتبدو عليها العصبية شعوراً بقدر كبير من العجز فيما يتعلق بقدرتها على التعامل مع ابنها . ولم يتعرض جون لأى عقاب جدى فى حياته ، وكانت أمه تخضع عادة لمطالبه عندما يغضب لشعوره بالاحباط أو لمنعه عما يريد أن يقوم به . وعلى الرغم من أنها كانت مهتمة بجون وكانت تعترف بأنه عنيد إلا أنها شعرت بالعجز التام تقريباً فيما يتعلق بما يجب أن تفعله أو كيف تعامله .

ومنذ كان جون فى الخامسة كان يلتحق بالمسكرات الصيفية . وقد أبدت أمه بعض الشعور بالذنب نتيجة لما كانت تشعر به من راحة عند ابتعاده عنها ، ولكنها أضافت فى نفس الوقت أنها كانت تشعر بالوحدة فى فترات غيابه .

وقد أوضحت الاختبارات السيكولوجية أن ذكاء جون كان فوق المتوسط قليلا ، ومع ذلك كانت درجاته (علاماته) فى المدرسة متفاوتة فيما بينها . ففى بعض الاحيان كان يقوم بعمله المدرسى بدرجة ممتازة ، وفى بعض الاحيان كان عمله ضعيفاً ، وكان معظم مدرسيه يعتقدون أنه لا يحصل على الدرجات التى فى قدرته الحصول عليها . وعلى الرغم من أنه كان يعرف أن السرقة خطأ وأنه كان يخاف من نتائج ضبطه متلبساً بها ، إلا أنه كان يشعر بأنه على صواب فى انتقامه من المدرسة التى وصفها بالضعة والظلم . وعندما طلب منه أن يذكر ما يبين ضعتها وظلمها ظهر أن كل شواهده على ذلك كانت عبارة عن حالات طلبت فيها المدرسة منه أن يخضع لنفس النظام والقواعد شأنه فى ذلك شأن التلاميذ الآخرين .

فيليب :

السرقة: إعترف فيليب بسرعة بأنه أخذ النقود من غرفة الطعام عندما لم يكن هناك من يراه . وعندما سئل لماذا أخذها أجاب ببساطة بأنه كان يحتاج إليها للحصول على الحلوى التى أكل بعضها وقدم معظمها للأطفال الأصغر منه سناً فى الحى الذى يسكنه . ولم يبد أى غضب تجاه المدرسة : وكان آسفاً لأنه أخذ النقود ، ولكنه شعر بأنه كان فى حاجة إليها وظن أن المدرسة لن تشعر بذلك. وكانت تبدو عليه الرغبة فى أن يتحدث إلى السيكولوجى وأن يرضيه ووافق على أن ما فعله خطأ ، ولكنه لم يقدم أى سبب لما قام به سوى أنه كان يرغب فى الحصول على الحلوى .

خلفية فيليب :

كان فيليب يكبر معظم تلاميذ صفه بسنه لأنه أعاد الصف الدراسى الثانى.

ومنذ ذلك الوقت كان ينتقل من صف لصف أعلى بانتظام حاصلا عادة على الحد الأدنى من الدرجات (العلامات) التى تسمح له بالإنتقال ، ولكن عمله المدرسى كان أقل من المتوسط بدرجة واضحة . وكان فيليب يعيش فى حى من أحياء الطبقة الوسطى الدنيا . وكان أبوه الذى يعمل فى السكك الحديدية والذى كان يبقى بعيداً عن المنزل معظم الوقت أكبر سناً بكثير من معظم آباء الأطفال الذين فى سن فيليب ، وذلك لأن فيليب ولد فى وقت متأخر من حياة والده الزوجية . وكانت لفيليب أختان أكبر منه إحداها أنهت الدراسة بالمدرسة الثانوية وكانت تعمل ، والأخرى تزوجت وتركت الاسرة وكان فيليب قليلا ما يرى أيا من الاختين .

وكان فيليب يبدو أثقل وزناً من الاطفال الآخرين ولكن وزنه أخذ فى الازدياد كثيراً منذ كان فى الصف الثالث . وفى الصف الرابع والخامس كان الاطفال الآخرون يغيظونه بإطلاق لفظ « البدين » (تخين) عليه . وقد تجنب الإشتراك فى الانشطة الرياضية مع الاطفال الذين هم فى سنه لانهم كانوا غالباً ما يسخرون منه ، ولم يكن له أصدقاء من نفس سنه ، ولكن أصدقاءه الوحيدين كانوا أطفالا من الجيران أصغر منه سناً ببضع سنوات ، وكان يمد هؤلاء الاطفال بالحلوى والهدايا الاخرى كلما استطاع الحصول عليها .

وقد أبدى كلا الوالدين قلقاً عليه وحباً له واهتماما به واعترافا بأن معظم مشكلاته ارتبطت بكون ولادته جاءت مفاجأة لهما إذ لم يكونا قد خططا لمجيئه ، ذلك أنه ولد وأمه فى الاربعين من عمرها ، وأبوه فى الرابعة والاربعين وقد أرجع أبوه السبب فى أنه لا يقضى وقتاً طويلا مع فيليب إلى سنه وعمله ، فى حين أن أمه اعتذرت عن هذا بسبب سنها وصحتها . وقد حاول الوالدان أن يجعلا فيليب يقلل من تناوله للحلوى ، وأن يشارك بصورة أكثر فى

الأنشطة الرياضية ، وأن يلعب مع الأولاد الذين هم فى مثل سنه ، ولكنهما فشلا فى ذلك وتركاه متخذين الطريق الأقل مقاومة .

وقد ظهر أن فيليب أقل من المتوسط فى قدرته العقلية عندما طبق عليه مقياس Stanford—Binet scale ستانفورد — بينيه وعلى الرغم من أنه لم لم يعتبر مشكلة سلوكية فى المدرسة إلا أن أحداً من المدرسين لم يهتم به اهتماما خاصا . وكانت المدرسة من وجهة نظره مملة كما كانت خبرة مؤلمه له فى بعض الأحيان (وذلك عندما يطلب منه تلاوة دروسه فى أوقات الامتحانات عندما يتضح بدرجه أوضح ضعف قدرته التحصيلية) .

لقد كان فى الحقيقه صبيا حساسا وحيداً لا يحصل إلا على إشباعات ضئيلة فى حياته ، فيما عـــدا الحلوى التى يأكلها والأطفال الأصغر منه سنا والذين يلعب معهم .

روس :

السرقة : أخذ روس هو الآخر النقود من حقيبة مدرسته عندما كانت مدرسته خارج الفصل . وعندما اكتشف أمره أنكر أنه أخذ النقود ولكنه اعترف بالسرقة فى تردد عندما ووجه بالدليل بأن آخرين قد شاهدوه وهو يفتح حقيبة المدرسة . وقد اتخـــذ فى بادىء الأمر موقفاً عدوانيا تماما تجاه السيكولوجى الذى أجرى المقابلة معه . وحاول جاهداً ألا يظهـر خوفه من النتائج ، ولم يقدم عن نفسه أية معلومات ، أو لعله قدم القليل منها . وعندما سئل لماذا أخذ النقود لم يجب إلا بمجرد هز كتفيه . وعندما سئل ماذا فعل بها لم يجب إلا بقوله « لقد صرفتها ولم أتذكر فيم صرفتها » .

خلفية روس :

كان روس على العكس من جون وفيليب صبيا محبوبا من مجموعة كبيرة من تلاميذ الفصل على الأقل . وكانت مَدْرسة روس فى منطقة فقيرة قذرة مزدحمة بالسكان ، معظم أطفالها من الطبقة الفقيرة نسبيا . وكان روس وسيم الشكل ، رياضيا ، مغرما بالظهور بمظهر القوى العنيف . وكان أكبر ثلاثة إخوة وكان أخواه الأصغر منه سناً يعظّمانه . وعندما سئل عن أخويه أبدى حمايته لهما واهتمامه بخيرهما . وقد هجر أبوه أمه عندما كان روس فى التاسعة تقريبا وترك المدينة . وقد اشتغلت أمه كمضيفة فى مطعم وانتقلت فى شقة أصغر فى منطقة أكثر فقراً من المدينة . ولم يكن المنزل ملائما من الناحية المادية ، وكان مكانا يرتاح الإنسان إذا ماتركه أكثر مما يسر إذا ماأتى إليه . وقد انتقلت جدته لأمه للسكن معهم لكى « تعتنى بالأولاد » . وقد كان زواج أمه فى سن مبكرة وكانت عند ترك زوجها لها لاتزال امرأة صغيرة السن لها أصدقاء متعددون ولكنها لم تتزوج . ولم يكن روس يرغب فى الحديث عن والده ولم تزد أمه عن قولها عنه أنه كان سيئا « يكثر من الشراب » وكثيراً ما كان متعطلا عن العمل .

وكان جماح التلاميذ مشكلة شائعة فى هذه المدرسة ويبدو أن روس كان زعيما لأقرانه . وعلى الرغم من أنه لم يسبق له أن ضبط فى مخالفة خطيرة من مخالفات الأحداث إلا أنه أرسل إلى مكتب ناظر المدرسة عدة مرات لأسباب تتعلق بالنظام ومنها التغيب دون إذن .

وعندما استطاع السيكولوجى أن يحصل على ثقة روس ، وجعله يتكلم بحرية أكثر ، أظهر روس شعوراً ضئيلا بالذنب لأخذه نقود المدرسة ولكنه

يبدى ارتياحاً لإعجاب معظم التلاميذ الآخرين فى الفصل لما قام به ، وذكر أنه كان على وشك الإفلات بما سرقه لولا بعض التلاميذ الأمناء فى فصله الذين أفشو سره .

وقد أشارت الاختبارات إلى أنه متوسط القدرة العقلية . وعلى الرغم من ضآلة درجاته فى المدرسة إلا أنه لم يبد أى اهتمام بهذا وأعرب عن ثقته فى أنه يستطيع أن يفعل مايريد أن يفعله . ولم يعبر بوجه عام عن عداوة أو غضب تجاه مدرسيه قائلا أن معظمهم لا بأس بهم ، ولكنه اعترض على اثنين منهم لأنهما صارمان . وكانت الشكوى منه عندما كان يرسل إلى مكتب ناظر المدرسة هى التضارب مع الآخرين . وقد اتضح أنه كان يحمى أخويه الصغيرين اللذين كان يحبهما . ومن الواضح أنه لم يَكِنّ إلا قليلا من الاحترام لجدته ، ولكن ارتباطه الشديد بأمه كان واضحاً ولم يتحدث عنها إلا بالخير .

وقد أظهرت أمه قلقاً بالغا بشأنه قائلة أنها لم تستطع أن تعتنى به أثناء النهار بسبب عملها ، وغالباً ما كانت تكرر ادعاءها بأنهجر زوجها لها كان السبب فى جميع الصعوبات التى تواجهها . وذكرت بأن روس لا يثير معها أية مشكلة وأنه ولد طيب فى البيت وأن « جميع مشكلاته نشأت فى المدرسة » . وبدت كما لو كانت تقول « أن هذه مشكلة المدرسة وليست مشكلتى» . وقد أبدت مرة أو مرتين قلقها حيال مستقبل روس .

العلاج :

من الممكن أن نرى بسهولةمن تاريخ الحالات الثلاثالسابقة أنه على الرغم من أن هؤلاء الأولاد الثلاثة قد ارتكبوا نفس الخطأ إلا أنهم كانوا مختلفين

تماماً . ولكى نفهم حقيقة ماقاموا به ولمـــاذا قاموا به ، كان علينا أن ندرس تاريخ تطورهم وبيئاتهم التى نشأوا فيها ، والظروف التى أحاطت بما قاموا به . ولم يكن فى مقدورنا أن نتوقع أن نفهم هؤلاء الأطفال والأسباب التى أدت إلى سلوكهم هذا ، أو أن نحدد كيف نساعدهم دون أن نعلم الشىء الكثير عن تاريخ حياتهم وخبراتهم المبكرة .

وتبسيطا للأمور تبسيطا شديداً ، يمكن أن نقول أن جون سرق لأنه كان غاضباً ، وأنه أراد أن ينتقم من مدرسته التى سببت له الشعور بالإحباط وأرادت أن تعلمه النظام ، وأنه عندما كان يحبط فى الماضى كان يجد أنه يستطيع أن يصل إلى مايريد بأن يبدى غضبه على أمه . أما فيليب فقد سرق أمه لأنه احتاج إلى النقود للحصول على الإشباع الوحيد الذى يجده فى حياته وهو الحلوى وحب الأطفال المجاورين له والأصغر سنا منه . وروس بدوره سرق لأنه توقع أن يحصل بذلك على إعجاب الأطفال الآخرين له وبذلك يحتفظ بمركزه كزعيم لمجموعة من الأطفال الجانحين . وتعتبر السرقة فى البيئة الاجتماعية التى كان يعيش فيها جون وفيليب سلوكا سيئا وأمراً يخجل الإنسان منه . أما فى البيئة الاجتماعية التى عاش فيها روس فإن السرقة تعتبر مهارة وأمراً يفخر به الإنسان ، وخاصة إذا أمكن له أن يقوم بها دون أن يضبطه أحد .

وقد كان من الضرورى فى علاج جون أن يصرف السيكولوجى بعض الوقت فى التحدث مع أبيه . وقد اعترف الأخير بالحاجة إلى ذلك ، على الرغم من أنه كان فى أول الأمر متردداً فى الحضور إلى العيادة النفسية والاستغناء عن جزء من وقته المخصص لأعماله . وبعد أن عبّر عن بعض مشاعره نحـو

زوجته وابنه استطاع أن يقبل دور الأب والوالد بمحاولة القيام بنشاط أكثر مع ابنه ويبذل جهد أكبر فى تهذيبه (تعليمه النظام) وبإبداء اهتمام أكبر به . وقد اعتمد العلاج الناجح مع جون على رغبة أبيه فى أن يزود ابنه بالحب والتوجيه وقدرته على ذلك ، وكذلك على رغبة أمه فى التغلب على مشكلاتها الخاصة وقدرتها على ذلك .

وفى حالة فيليب كان يبدو من المفيد أن يقضى السيكولوجى وقتاً أطول معه مباشرة . فقد كان عمل والده وسن والدته وصحتها بحيث بدا أنه من الحكمة أن نقدم له معالجاً يمكن أن يرتبط به ، ويمكن أن يساعده على أن يتقبل نفسه بشكل أقوى ، وفى حالته أيضاً كانت المدرسة عنصراً حاسماً فى علاجه . فمن المحتمل أن مشكلاته كانت ستستمر مالم تقوِ المدرسة فيه الشعور بالجدارة وتعترف بقدراته وتبد بعض الاهتمام بمشكلاته . وبالتالى فقد تضمن علاجه عدداً كبيراً من المقابلات الطويلة مع السيكولوجى الإكلينيكى تهدف إلى زيادة تقبل فيليب لذاته ، كما تضمن أيضا عدة اجتماعات بين المدرسين والمسئولين فى المدرسة والسيكولوجى الإكلينيكى .

وقد كان علاج روس أصعب من علاج غيره من عدة نواح ، فأمه لا تستطيع أن تترك عملها ، أما جدته فكانت مسنة جدا ، وغير مهتمة به لدرجة كبيرة . ثم إن نفس السلوك الذى أراد السيكولوجى أن يعدله كان مؤيداً ومدعما من أقرانه الذين يقضى معهم معظم وقته ، ومنهم يحصل على معظم إشباعاته . وعلى الرغم من أن علاج روس علاجا فرديا وتعاون المدرسة كان يمكنهما إحداث بعض التغيير ، فإنه مالم تتم تغيرات اجتماعية كبرى فى البيئة المحلية التى يعيش فيها بأكملها فإن توقعات العلاج الناجح كانت

قائمة .. والواقع أنه لم يحاول أحد تقديم علاج جدًى بسبب النقص فى البيئة . أن وجود الأندية الخاصة بالأولاد وإمكانية استخدامها ، وكذلك الأنشطة الاجتماعية التى يوفرها المجتمع ، ووجود اخصائيين فى شئون الطلبة بالمدارس ، وتوفير المساكن الملائمة والرخيصة كانت كلها تصبح ذات فائدة فى علاج روس علاجا ناجحاً .

إن ماتوضحه هذه الحالات الثلاث هو أن علم النفس هو أساساً علم تاريخى . فعلى العكس من الفيزياء والكيمياء والعلوم الطبيعية الأخرى التى يجب فيها أن ندرس القوى المؤثرة فى الموقف لكى نفسر ظاهرة من ظواهرها ، فإنه من الضرورى فى علم النفس لكى نفسر ظاهرة من ظواهره وأن نتنبأ بها فى المستقبل أن تعرف الخبرات السابقة للأفراد ذوى العلاقة بالحالة . فمن الممكن أن يصنف مرضى كثيرون مختلفون تحت فئة واحدة — مثل متخلف عقلى ، فصامى ، جانح ، متلجلج ، عصابى — وذلك بسبب التشابه فى سلوكهم . ولا يمكن افتراض أن الأشخاص الذين يصنفون تحت فئة واحدة هم فى الحقيقة متشابهون تماماً ، أو أن من الممكن علاجهم بطريقة واحدة ، أو أن من الممكن أن نتنبأ بسلوكهم فى المستقبل من سلوكهم فى الوقت الحاضر . أن القوانين التى تحكم اكتساب السلوك الجديد واختيار أساليب السلوك البديلة فى المواقف المعقدة يفترض أن تكون واحدة بالنسبة لجميع الأفراد . ولكن لما كان لكل فرد خبراته التى تختلف عن خبرات غيره ، فإن كل فرد يصبح حالة فريدة ينبغى أن ندرسهما فى ضوء تاريخ حياته لكى نفهمهما فهما تاما .

إن هذه العبارة الأخيرة يجب ألا نُسلِّم بها على أنها تعنى أن السيكولوجى

الإكلينيكى، أو للنظرين فى الشخصية يجب ألا يستخدموا التصنيفات أو الأوصاف العامة للاشارة إلى أوجه الشبه بين الأشخاص. فلكى نعمم ماتتعلمه من شخص إلى آخر يجب أن تكون لدينا أبعاد وصفية تشير إلى أوجه التشابه . غير أن تشابه عدد من الأفراد فى إحدى الأبعاد (مثل الجنسية المثلية أو انخفاض الذكاء أو العداء للآخرين) لا يعنى أنهم أنماط يتشابهون فى جميع خصائصهم . أن فهم سلوك فرد معين لا يأتى نتيجة وصفه بصفة واحدة وتصنيفه تحت فئة معينة أو نمط من الأنماط ، ولكنه يحدث من فهم التفاعل للمعقد بين خصائص مختلفة متعددة .

الفصل الثانى

اتجاهات تاريخية

يعتبر علم النفس الاكلينيكى اسرع العلوم التطبيقية تطوراً من بين العلوم الإجتماعية . وإذا ماقارنا عدد السيكولوجيين الاكلينيكيين فى هذه البلاد (الولايات المتحدة الامريكية) الآن (١٩٧١) بعددهم فى عام ١٩٤٠ فإننا نجد أن هذا العدد تضاعف ثم تضاعف مرة أخرى ولا يزال يتزايد بسرعة . وفى الوقت نفسه نجد أن ضروب الأنشطة المستخدمة ،وأساليب ومناهج البحث ، وطرق الاقتراب النظرية قد خضعت هى الأخرى لتغيرات سريعة . وقد يكون مفيداً لكى ندرك الممارسة فى ميدان علم النفس الاكلينيكى الآن ، أن نستعرضها فى أطارها التاريخى .

وسوف نعرض فى هذا الفصل نظرة عامة مختصرة للتأثيرات والتغيرات التى حدثت فى علم النفس الاكلينيكى بصفة عامة . وفى الفصول الثلاثة التالية له سوف نصف الوظائف الأساسية لعلم النفس الاكلينيكى والخلفية الخاصة بكل وظيفة .

البدايات الاولى للممارسة فى علم النفس الاكلنيكى

تفرعت أصول علم النفس الاكلينيكى من مجالين من مجالات الدراسة إحدها هو دراسة السلوك غير السوى (الشاذ) بما فيه التخلف العقلى أو الضعف

العقلى وقد اهتم الأطباء فى أواخر القرن الثامن عشر بالسلوك غير السوى واعتبروه مرضاً لأول مرة منذ أيام أبقراط وجالينوس اكثر منه نتيجة لتسلط الشياطين أو للسحر أو لأسباب خفية أخرى . وقد شهد القرن التاسع عشر عدة محاولات لتصنيف هذه الاضطرابات . كما شهد عدداً من المحاولات الفجة لعلاجها ، على الأقل فى فرنسا . وعلى الرغم من أن بعض السيكولوجيين قد شاركوا فى هذه المحاولات التى كانت ترمى إلى وصف المرض العقلى ، ألا أن معظم الذين أشتغلوا بهذه المحاولات كانوا من الأطباء . فقد بدأ بعض الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان Louis Rostan وجان شاركو Jean Charcot وأميل كرايبلين Emil kraepelin وأرنست كريتشمر Ernest Kretschmer وبعض السيكولوجيين مثل بيير جانيه Pierre Janet فى وصف بعض الاضطرابات على انها ظواهر طبيعية ، وحاولوا أن يجمعوا العوامل والأسباب التى تؤدى إلى هذا الشذوذ العقلى . وبدأ شاركو Charcot وجانيه Janet وهيبوليت بيرنهيم Hippolyte Bernheim فى معالجة الهستيريين (الأشخاص الذين يعانون من شكاوى جسيمة خطيرة دون وجود أية أعراض مرضية عضوية يمكن ملاحظتها) عن طريق التنويم . وفى الولايات المتحدة أهتم ليتنر ويتمر Lightner Witmer الذى أنشأ أول عيادة سيكولوجية عام ١٨٩٦ فى جامعة بنسلفانيا ، بالأطفال المعوقين والمضطربين انفعالياً . وفى نفس الوقت قدم وليم جيمس Wiliam James السيكولوجى والفيلسوف اسهاماته الباقية فى ميدانى الشخصية السوية وعلم النفس المرضى .

أما المجال العام الآخر الذى غذّى علم النفس الاكلينيكى فقد كان دراسة الفروق الفردية ، والشخصية الأولى العظيمة فى هذا الميدان كان انجليزيا يدعى

فرانسيس جالتون Francis Galton العالم الذى شملت اهتماماته عدة فروع . ففى الثمانينات من القرن التاسع عشر كانت دراساته عن الفروق الفردية وخاصة عن الرجال العظام قد وضعت أسس ميدان جديد من ميادين الدراسة أصبح منذ ذلك الوقت من أهم مظاهر علم النفس الأمريكى . وفى عام ١٨٩٠ ـ بعد جالتون بقليل ـ اهتم جيمس ما ككين كاتل James Mckeen Cattell بالفروق الفردية ونشر مقالة هامة بعنوان « الإختبارات والمقاييس العقلية » ونتيجة لما قام به وما قام به سيكولوجيون آخرون من بعده أصبح وضع الإختبارات النفسية وتطويرها مظهراً هاماً من مظاهر علم النفس الامريكى . ومع ذلك لم يقتصر وضع الإختبارات على امريكا . فقد نشر ألفرد بينه Alfred Binet بالإشتراك مع تيوفيل سيمون Theophile Simon فى عام ١٩٠٥ ، إختباداً شاملا لقياس القدرة العقلية لأطفال المدارس . وقد صمم الإختبار بناء على طلب من السلطات التعليمية فى فرنسا ليشخص الأطفال المتأخرين عقلياً بدرجة لا يستطيعون معها الافادة من التعليم الذى يتلقونه فى المدارس العادية . وقد حدد وضع هذا الاختبار بدء استخدام الوسائل النفسية الموضوعية فى تشخيص الشذوذ العقلى . وهذا المقياس الذى عرف أصلا بمقياس بينيه — سيمون للذكاء حظى بالمراجعة عدة مرات ولا يزال الاختبار الأساسى المستخدم فى هذه البلاد لتقويم ذكاء الأطفال ويطلق عليه الآن إختبار ستانفورد بينه المعدل للذكاء .

اتجاهات فى علم النفس الاكلينيكى الحديث :

كان معظم السيكولوجيين الاكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية يعملون أولا فى علاج مشكلات الأطفال . وكانوا يقومون بذلك فى مؤسسات مختلفة مثل عيادات الجامعات ، وعيادات المجتمعات المحلية ، والعيادات المتجولة التى تديرها إدارات الخدمات العامة فى الولايات ، وأحيانًا إدارات

التربية ، وكذلك مؤسسات ضعاف العقول ، والعيادات الخاصة بالموقين جسميا ، وعيادات أمراض الكلام ومؤسسات الأحداث الجانحين . وكانت وظيفة السيكولوجيين الإكلينيكيين الأساسية هى إجراء الاختبارات السيكولوجية التى تقيس أساساً القدرة العقلية والتحصيل المدرسى، وكذلك قياس الاستعدادات الخاصة (مثل الاستعدادات الميكانيكية والموسيقية) ونواحى العجز الخاصة (مثل الصعوبات المتعلقة باللغة والذاكرة والإدراك السمعى والبصرى) .

وبالإضافة إلى المعلومات التى يحصل عليها السيكولوجى الإكلينيكى من هذه الاختبارات ، نجد المعلومات التى يحصل عليها السيكولوجى الإكلينيكى من دراسته للحالة سواء حصل عليها مباشرة من الحالة أو من الإخصائيين الاجتماعيين أو المدرسين . وكانت المعلومات المجمعة تستخدم أساسا فى وضع التوصيات التى تقدم عادة إلى المدرسين والآباء والمعالجين الذين يعملون فى التدريب على نواحى العجز (مثل المدرسين المختصين فى تصحيح النطق ، ومدرسى الصم ، ومدرسى المكفوفين وغير ذلك) . وكانت التوصيات تقدم أيضا للأطباء ، والسلطات المسئولة عن مؤسسات الجانحين ، والمحاكم ، وغيرها من المؤسسات الاجتماعية .

وعادة كان إعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم فى الجامعات على العمل الإكلينيكى محدودا جدا ويتضمن عادة مقرراً فى إجراء اختبار ستانفورد — بينيه للذكاء ، ومقرراً فى القياس الجمعى ، ومقرراً فى علم النفس المرضى ، وقد يضاف إلى ذلك مقرر فى سيكولوجية الطفولة أو سيكولوجية النمو ، وكان معظم التدريب يتم أثناء العمل باعتباره خبرة ميدانية .. وفى بعض الحالات النادرة كان ثمة تدريب داخلى حقيقى مثل

التدريب الذى كان يقدم فى مستشفى ولاية وورستر Worcester State Hospital والذى وضعه دافيــد شاكاو David Shakow فى عام ١٩٣٨ .

ونادراً ما كان السيكولوجى الإكلينيكى يقوم بالعلاج النفسى الشامل وجها لوجه مع الأطفال . وعندما كان يقدم مثل هذا العلاج ، كان يقدم عادة فى عيادات البيئة المحلية ، وكانت الطريقة المستخدمة تقوم على أساس العلاج عن طريق اللعب الذى طورته أنا فرويد Anna Freud وميلانى كلين Melanie Klein اللتان طبقتا مناهج التحليل النفسى التى قال بها فرويد فى العلاج النفسى مع الأطفال . ومن وقت لآخر كان السيكولوجيون الإكلينيكيون الذين يعملون مع المراهقين الجانحين والأشخاص الذين يعانون من مشكلات فى الكلام ، وخاصة المصابين منهم باللجلجة ، يقومون بتطبيق نوع من العلاج الذى يقوم على أساس من الفهم العام .

وكان العمل مع الراشدين أقل انتشاراً بكثير من العمل مع الأطفال . فالسيكولوجيون الإكلينيكيون العاملون مع الراشدين أساسا كانوا يشتغلون عادة فى المستشفيات العقلية للولايات ، وكان عملهم الرئيسى فيها هو إجراء الاختبارات لمساعدة أطباء الأمراض العقلية (النفسية) فى القيام بعملية التشخيص . وكانت بعض الوظائف متاحة فى إدارات السجون حيث كان السيكولوجيون يقومون بقياس الذكاء ، ويحاولون تحديد المسجونين المصابين بالأمراض العقلية ، وكانوا يجرون الاختبارات الخاصة التى تساعد على وضع المسجونين فى المهن والمدارس الموجودة داخل السجون . وفى بعض

الأحيان كان سيكولوجيو السجون يقومون بالعلاج الفردى أو الجماعى . أما فى مستشفيات الأمراض العقلية فإن العلاج النفسى الفردى والجماعى كان محدودا ، وإذا وجد أصلا فإنه كان يمثل جزءاً ضئيلا من واجبات السيكولوجى . وغالباً ما كان السيكولوجيون الإكلينيكيون الذين يعملون فى المؤسسات يشتركون فى مسائل توظيف أو اختيار الممرضين والمساعدين والموظفين الآخرين . وكان عملهم هو إجراء الاختبارات للمتقدمين وتقويم ذكائهم وتوافقهم الشخصى وثباتهم الانفعالى .

وقرب أواخر الثلاثينات زاد الاهتمام باختبارات الشخصية وخاصة للراشدين فى مستشفيات الأمراض العقلية ، ولكن الاهتمام كان أشد بدرجة كبيرة باختبارات القدرات والنقص العقلى واختبارات العجز الذى يطرأ على القدرة العقلية والناشىء عن المرض العقلى أو التلف الذى يصيب المخ واختبارات المهارات ونواحى العجز الخاصة .

ومعظم الكتب التى نشرت فى هذه الفترة فى ميدان علم النفس الإكلينيكى العام كانت تتعرض لكيفية إجراء الاختبارات العقلية وتصحيحها وتفسيرها. وكانت معظم بحوث السيكولوجيين الإكلينيكيين تتناول القيمة التشخيصية لاختبارات الوظائف العقلية أو وضع اختبارات تشخيصية جديدة وإثبات صدقها ، وقلما كان يشتغل السيكولوجيون فى نشر البحوث التى تتعرض لوصف العلاج القائم على المقابلة وجها لوجه بين المعالج والمريض .

وقد أدى قيام الحرب العالمية الثانية والحرب نفسها وما تلاها . إلى إحداث تغيرات هامة فى العمل الذى يقوم به السيكولوجيون الإكلينيكيون .

ومن أهم النتائج الأولى للاضطرابات السياسية فى أواخر الثلاثينات هجرة عدد كبير من السيكولوجيين والسيكياتريين (أطباء الأمراض العقلية) الأوروبيين إلى الولايات المتحدة هروبا من النظم الدكتاتورية . وكان معظم هؤلاء يميلون إلى التحليل النفسى ، كما أنهم كانوا قد دربوا على القيام به . وعلى الرغم من أنهم لم يبدؤا التحليل النفسى فى هذه البلاد (الولايات المتحدة) إلاّ أن أنشطتهم وكتاباتهم أدت إلى زيادة الاهتمام بالشخصية وتطورها بوجه عام وإلى انتشار المفاهيم التحليلية بوجه خاص . وكان الأثر العام على السيكولوجيين والسيكياتريين الذين اتصلوا بهؤلاء القادمين الجدد هو تقليل التوكيد على اختبارات الذكاء وأوجه النقص العقلى والقدرات وزيادة التوكيد على الشخصية وقياس خصائص الشخصية المنحرفة (غير السوية) .

وأدت الحرب نفسها إلى زيادة الاهتمام بعلم النفس الإكلينيكى وإلى زيادة إمكانيات إسهامه فى علاج المرضى العقليين . وقد دعت زيادة الأعداد الكبيرة من المرفوضين من الخدمة العسكرية بسبب عدم الثبات الانفعالى والضعف العقلى وكذلك أعداد الإصابات (الخسائر) النفسية فى القوات المسلحة إلى اهتمام قومى أكبر بمشكلة العلاج والوقاية من الاضطرابات العقلية . وانعكس هذا الاهتمام فى تضخم ميزانية المعهد القومى (الوطنى) للصحة النفسية (العقلية) بعد الحرب . وقد ترك السيكولوجيون انطباعا قويا على المشتغلين فى ميدان الصحة النفسية ليس فقط بسبب الأساليب التى يتبعونها ، والتى يمكن استخدامها فى عمليات الاختيار ، بل بسبب معرفتهم العامة بأساليب البحث . وعندما خصصت وزارة الصحة العامة للولايات المتحدة منحاً للولايات لأغراض الصحة النفسية فى أعقاب الحرب أكدت على توظيف السيكولوجيين الإكلينيكيين للأغراض الإكلينيكية وللبحوث .

وفى القوات المسلحة وجد أن الخدمات الطبية غير معدة لعلاج مشكلة الانهيارات السيكولوجية التى تحدث سابقة للمعارك أو فى أثنائها . فقد كان السيكياتريون (أطباء الأمراض العقلية) قليلى العدد ، ونتيجة لذلك درب السيكياتريون (أطباء الأمراض العقلية) والسيكولوجيون على تناول هذه المشكلات فى مقررات قصيرة . ومرة أخرى ترك السيكولوجيون بأساليبهم فى الاختيار وبمعرفتهم بأساليب البحث انطباعا قويا على المشتغلين فى هذا الميدان . وقد تضمنت الخطط الموضوعية للتوسع فى برامج رعاية قدماء المحاربين (الجنود المسرحين) وعلاجهم مبالغ ضخمة لتدريب السيكولوجيين الإكلينيكيين وتوظيفهم .

وقد قدمت وزارة الصحة العامة للولايات المتحدة وإدارة المحاربين القدماء (المسرحين) معونات خصصت لإعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم بالجامعات التى كانت تقدم برامج شاملة على مستوى الدكتوراه . وكثير من الطلبة أنفسهم كانوا يجدون المعونة بالعمل فى نطاق التسهيلات التى تقدمها إدارة المحاربين القدماء والتى كانت موزعة فى أنحاء الولايات المتحدة . وكان هؤلاء الطلبة يقومون بعملهم الإكلينيكى مع الذين تسببت الحرب فى عجزهم السيكولوجى . وقد أدى برنامج إدارة المحاربين القدماء الذى كان أوسع البرامج القائمة إلى أن أصبح الاتجاه الأساسى بعد الحرب منصباً على مشكلات الشخصية . وأصبحت إدارة المحاربين القدماء هى نفسها راغبة فى توظيف السيكولوجيين الذين أنهو البرامج المعترف بها بمرتبات تفوق عادة المرتبات التى يمكن الحصول عليها من العمل فى المدارس والسجون والمراكز المحلية . ونتيجة لهذا ازداد الاهتمام بصورة ملحوظة ، بالعمل مع الكبار الذين يعانون من انهيارات أو مشكلات فى الشخصية فى أعقاب الحرب .

وفى أثناء الحرب أحت ضرورة العمل على إعادة أكبر عدد ممكن من المجندين إلى ميدان القتال إلى الهجوء إلى عدد من المحاولات المعدلة لتقديم العلاج النفسى للمرضى . وكان كلما توفر عدد من السيكولوجيين الإكلينيكيين فإنهم كانوا يدعون عادة إلى القيام بالعلاج الجمعى وفى بعض الأحيان إلى القيام بالعلاج الفردى .

إن ماقام به كارل روجرز Carl Rogers فى ميدان العلاج النفسى فى أثناء الحرب وبعدها مباشرة ، وخاصة اهتمامه بنشر نصوص مايدور فى الجلسات العلاجية ، قد أثار اهتماما كبيراً . وقد أخذ المنهج العقيم الذى يهتم بتصنيف الاضطرابات العقلية ووضعها تحت أسماء محددة يتلاشى لدى عدد كبير من السيكولوجيين على الأقل وحلّت محله رغبة شديدة القيام بالعلاج أو بما يساعد المريض مساعدة مباشرة . إن هذا الاهتمام بالعلاج النفسى للكبار ووجود عدد من المحللين النفسيين المدربين من أطباء أو من غير الأطباء القادمين من أوروبا فتح أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين مجال علاج الكبار وجها لوجه علاجا طويل الأمد . وقد كان هذا العمل فى السابق يكاد يكون مقصوراً على قليل من السيكياتريين (أطباء الأمراض العقلية) المدربين على التحليل النفسى . وأصبح من المقبول لدى السيكولوجيين الإكلينيكيين أن يقوم بالعلاج من لم يخضع للتحليل النفسى أو من لا يتصف باتجاه تحليلى أو من لم يحصل على درجة الدكتوراه فى الطب .

وقد قدمت وزارة الصحة العامة فى الولايات المتحدة مساعدتها لعقد مؤتمر لإعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم فى بولدر بكولورادو Boulder, Colorado فى عام ١٩٤٩ . وقد انتهى هذا المؤتمر بعدد من الأمور المتفق عليها

منها أن يكون الحصول على دكتوراه الفلسفة هو الحد الأدنى لمن يطلق على نفسه سيكولوجيا اكلينيكيا . وبذلك أصبح يطلب من السيكولوجيين الإكلينيكيين ليس فى الجامعة فحسب بل فى كثير من المؤسسات الأخرى أيضا ، سواء بصورة رسمية أو غير رسمية ، أن يكونوا حاصلين على دكتوراه الفلسفة ، وألغت جامعات كثيرة إعداد السيكولوجيين وتدريبهم على مستويات أقل من مستوى دكتوراه الفلسفة . وبسبب الوظائف المتاحة أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين أصبح من الطبيعى أن يلتحق معظمهم ، مستثمرين ماحصلوا عليه من إعداد وتدريب أعلى ، فى وظائف تتميز بأفضل مستقبل اقتصادى ممكن . ولما كانت هذه الوظائف لا تتضمن الوظائف الموجودة بالعيادات المحلية والسجون والمدارس وعيادات المعوقين جسميا وغيرها فقد اتجه التيار إلى العمل مع الكبار ومشكلاتهم . وقد ازداد عدد السيكولوجيين الإكلينيكيين الذين قبلوا وظائف فى إدارة قدماء المحاربين ، ومستشفيات الولايات ، والجامعات ، وكليات الطب الجامعية ، والممارسة الخاصة ، ومؤسسات الاستشارة الصناعية . وبحلول عام ١٩٦٠ أصبحت مشكلة علاج قدماء المحاربين أقل حدة وبدأ الاهتمام بعلاج الأطفال ومشكلاتهم تتزايد مرة أخرى .

إن من الممتع أن نلاحظ هذه التغيرات ، إذ أنها تصور لنا كيف تؤثر الأحداث الاجتماعية والاقتصادية والسياسية فى تطور أى علم من العلوم . إن أنواع المشكلات التى يبحثها العلم ، والطريقة التى ينظر بها إلى هذه المشكلات تتأثر بوجه عام بالظروف السائدة فى المجتمع وهى ليست مستقلة عنها . إن اتجاهات جديدة فى العلم ، بالإضافة إلى تأثيراتها فى طبيعة التغيرات فى المستقبل تنشأ نتيجة للتغيرات التى تحدث فى مجتمع ما .

ملخص :

نجد بذور علم النفس الإكلينيكي في أعمال السيكولوجيين والأطباء الفرنسيين والألمان في محاولاتهم لتصنيف الشذوذ العقلي ، وفي دراسة الفروق الفردية في انجلترا والولايات المتحدة أساسا . وقد اهتم العمل السيكولوجي الإكلينيكي في أول الأمر بوضع وتطبيق الاختبارات العقلية الفردية لأغراض التشخيص .

ومنذ أوائل الثلاثينات حدث تحول عام في اهتمامات السيكولوجيين الإكلينيكيين وأوجه نشاطهم : (١) من الاهتمام الرئيسي بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار ، (٢) ومن الاهتمام الشديد بقياس الذكاء ونواحي العجز والآثار التي تحدث عنها في القيام بالوظائف العقلية إلى الاهتمام بقياس صفات الشخصية والتوافق ، (٣) ومن الاهتمام بتصنيف الشذوذ العقلي مع توكيد وظيفة السيكولوجي كمطبق للاختبارات ومفسر لها إلى الاهتمام بالعلاج النفسي وعلاج الحالات بالفعل .

الفصل الثالث
قياس الذكاء والقدرات

ما هو الذكاء

لمفهوم الذكاء عدة تعريفات مختلفة ، وعدة تفسيرات متباينة ، وأكثر التعريفات إنتشاراً بين غير السيكولوجين هو أنه قدرة الفرد العامة الموروثة الثابتة نسبياً ، على التعلم ، وحل المشكلات ، والتوافق للبيئة . وقد أثيرت عدة إعتراضات على بعض عناصر هذا التعريف فقد طرحت الأسئلة التالية : إلى أى حد تعتبر هذه الإمكانية عامة ؟ وإلى أى حد هى ثابتة حقاً ؟ وإلى أى حد تتحدد بالعوامل الوراثية ؟ وإلى أى حد تتأثر بوجود الكائن الحى فى الرحم والظروف المادية فى الطفولة المبكرة ؟ وإلى أى حد تتأثر بالتدريب والاستثارة والبيئة ؟ هل الذكاء يمثل متوسط عدة قدرات نوعية أم إنه قدرة عقلية عامة تؤثر بدورها فى تعلم مهارات أو قدرات نوعية أخرى ؟ هل يعنى إداء الطالب فى الحساب بدرجة جيدة أن من اللازم أن يكون أداؤه جيداً بنفس الدرجة فى اللغة الفرنسية ، وإذا كان تحصيله للمفردات جيداً فهل معنى ذلك أنه من اللازم أن يكون قادراً على تعلم ما يتصل بالميكانيكا بسهولة ؟

لقد كانت الإجابة عن هذه الأسئلة وما زالت غير واضحة لأسباب ، منها

أن من بين الذين يسألون هذه الأسئلة من لا يدركون طبيعة المصطلحات والمفاهيم أو التكوينات السيكولوجية . وحتى الطالب المبتدىء فى علم النفس قد لا يدرك طبيعة علم النفس كعلم ما لم يكن مدركا لطبيعة المصطلحات العلمية المستخدمةفيه .

طبيعة التكوينات السيكولوجية :

إذا رتبت مجموعة من الأشياء الخاصة بالمنزل فى غرفة وطلب منك أن تصفها فقد تستخدم سلسلة من المصطلحات تتراوح بين ما هو عام جداً إلى ما هو خاص جداً إعتماداً على عدد الأشياء التى يمكن أن تطبق عليها كل مصطلح . فمثلا قد تستخدم المصطلح ثقيل لوصف بعض الأشياء دون الأخرى ، فى حين أن صفة الثقل يمكن أن تنطبق على جميع الأشياء . إن مفهوم الثقل أكثر عمومية من مفهوم ثقيل أو خفيف . وبالإضافة إلى ذلك فإن مصطلحى ثقيل أوخفيف مصطلحان نسبيان . فهما ليسا صفتين مطلقتين للأشياء بل أن معنيهما يتحددان فقط بالنسبة للأشياء الأخرى ، هل الكرسى ثقيل أم خفيف ؟ إذا قلنا أن الكرسى خفيف هل يعنى هذا أننا لا نستطيع أن نطلق لفظ ثقيل على أى شىء يزن الكرسى ؟

وبالمثل نجد أن وصف أزرق يصف بعض الأشياء الموجودة ولكن وصف ملوّن ينطبق عليها جميعها . إن مفهوم اللون أعم من مفهوم الزرقة . ولكن أين هو اللون فى الشىء ؟ أين هى الزرقه فى السماء ؟ وأين هى صفة الطول فى الطاوله ؟ وأين هى الاستدارة فى الكرة ؟ أن مانحاول توضيحه بهذه الأسئلة هى أن للمصطلحات التى تستخدم لوصف أحداث (ظواهر) الطبيعة إنما تصف مظاهر الأحداث وليست الأحداث نفسها . وهى ليست بحاجة لأن يكون

لها مكان معين فى الاشياء التى تصفها ، أو أى معنى مطلق . أن المفهوم أو التكوين أو المصطلح العلمى هو تجريد لبعض مظاهر الاحداث أمكن التوصل إليه من وجهة نظر خاصة . فالتكوينات تتراوح بين الخاص والعام جدا ، وتخدم أهدافا متنوعة لمن يستخدمها .

والآن فلنفترض أنك أخذت عدداً من الآلات ، بعضها فى حالة سيئة لا يعمل ، والبعض الآخر صالح للعمل مع شىء من الصعوبات الواضحة ، والبعض الثالث فى حالة تسمح لها بالعمل بسهولة ، ثم طلبنا من شخص ما أن يصف ، حالة محركات هذه الآلات . إنه قد يقول أنها جميعها مسكونة بأرواح شريرة ، ولكن الأرواح الشريرة التى تسكن المحركات التى تعمل بصورة جيدة نائمة ، فى حين أن الأرواح الشريرة التى تسكن فى المحركات التى تعمل بصورة سيئة قد إستيقظت وأخذت فى إفساد عمل المحركات ، أما المحركات التى لا تعمل إطلاقا فإن الأرواح الشريرة التى تسكنها قد إنتهت من عبثها وتسببت فى توقفها تماماً . والآن إذا سألت هذا الشخص : « كيف تعرف ما إذا كانت هذه الأرواح الشريرة نائمة أم مستيقظة ؟ » أو « متى تتسبب الأرواح الشريرة فى تعطيل المحركات ، ومتى يكون السبب راجعاً إلى عوامل أخرى غيرها ، كأن تكون بعض أجزاء المحركات قد تلفت أو أن يكون الوقود قد نفد ؟ فقد يقول لك أنه عندما لا يجد أى سبب من الأسباب الأخرى فإن تعطل المحركات يكون راجعاً إلى هذه الأرواح الشريرة .

يتضح لنا من هذا المثال فيما يتعلق بالمفاهيم أو المصطلحات أو التكوينات أمران : الأول هو أن إستخدام شخص ما لمصطلح من المصطلحات لا يعنى بالضرورة أن هذا المصطلح يشير إلى شىء حقيقى . والثانى هو أن المفهوم

سواء كان « حقيقياً أم غير حقيق » قد يخدم هدفاً للإنسان بتفسيره لما لا يستطيع أن يفسره بطريقة أخرى . وفى هذه الحالة قد لا يُرضى للفهوم العالم ، أو الميكانيكى لأنه لا يدله على كيف يصلح الآلة ولا متى يتوقع أن تعمل أو أن تتعطل عن العمل . أن مفهوم « الأرواح الشريرة » قد يكون مفيداً لشخص ما فيما يتعلق بغرض معين ، ولكنه قد يكون غير مفيد على الإطلاق للعالم الذى يهتم بالتنبؤ بالأحداث وكيف نشأت .

وفى جميع العلوم ، تم إستبعاد بعض المصطلحات التى إستخدمت فى وقت ما ، فيما بعد ، بإعتبار أنها مفاهيم ضعيفة أو خاطئة . أن الإعتقاد بأن المصطلح الذى استخدم لمدة طويلة هو مصطلح دقيق بالضرورة أو مفيد علمياً هو إعتقاد خاطىء . أن العاملين فى ميدان العلوم الأكثر تقدما قد تعلموا أن يسألوا السؤال التالى : « ما هى الطريقة الاكثر تنبؤا لوصف الاحداث أو الاكثر فائدة » بدلا من أن يسألوا « ما هو هذا الشىء فى حقيقته » . وعلم النفس نظراً لكونه علماً جديداً نسبياً يتضمن مصطلحات أو مفاهيم كثيرة تحتاج إلى مراجعة أو حذف وإلى إستبدال فى النهاية بمصطلحات أفضل . أن العالم الحديث لايسأل : « ما هو الذكاء فى الحقيقة » بل إنه يسأل : « ما هى الطريقة المفيدة لوصف قدرات الناس حتى يمكن أن ندرك على أفضل وجه لماذا يسلكون على النحو الذى يتبعونه ، وما الذى يمكن أن نتوقعه فيما يتعلق بسلوكهم فى المستقبل .

وهناك فى نظر العالم خاصيتان للمصطلحات العلمية ذاتها يمكن إستخدامهما كمعيارين لقيمتها . أحداها الثبات أو إمكانية القياس، ونقصد بالثبات الدرجة التى يمكن بها لعدد من العلماء المتعددين أن يصفوا الحادثة الواحدة

بطريقة واحدة . فمن الواضح أنه إذا أنتهت مجموعة من العلماء الذين يلاحظون نفس الحادثة بقياسات مختلفة تماما للمتغير الواحد ، فإن الاتصال بينهم سوف يصبح محدودا إلى درجة كبيرة ، ولن تتوفر لديهم مجموعة من المعلومات المشتركة . وإذا لم تكن المصطلحات والمفاهيم ثابتة ، فلن يكون هناك علم بالمعنى الحقيقي ، وإنما تكون هناك آراء ذاتية فردية لدى عدد من الأشخاص المختلفين .

والمعيار العام الآخر للمفهوم أوالمصطلح أوالتكوين الجيد هو فائدته لغرض معين . نحن لانستطيع أن ننظر إلى الشيء لنرى اين يكون ثقله ، ولكن مع ذلك فإن مفهوم الثقل مفهوم له قيمته وهو مفيد لأغراض متعددة . فعندما نفكر فى ثقل الشيء فإننا ندرك شيئا عن قوته التى يحدثها عندما يسقط ، ونستطيع أن نتنبأ بما سوف يحدثه الشيء تحت عدد من الظروف المختلفة . وإذا أخذنا بنظر الاعتبار مفاهيم أخرى بالإضافة إلى الوزن مثل الحجم والمسامية فإنه يمكننا أن نتنبأ بما إذا كان يطفو فوق سطح الماء . وبعبارة أخرى أن فائدة المفهوم يمكن أن تعرف بأنها الدرجة التى بها يمكن أن ندرك كيف تنشأ بعض الأحداث ، وماهى الظروف التى تسبب نشأتها وما هى التوقعات التى يمكن أن نصل اليها فى المستقبل . وكما سنرى فيما بعد أن مفهوم الذكاء باعتباره قدرة عامة موروثة ثابتة هو مفهوم محدود الفائدة ، وليس هو وحده المفهوم المحدود الفائدة بل أن كثيرا من المفاهيم التى ظهرت فى الماضى عن طبيعة السلوك غير السوى (الشاذ) محدودة الفائدة أيضا . والأسئلة التى سوف نحاول أن نجيب عنها فى نهاية هذا الفصل ليست ماهو الذكاء حقا ، أوماهى مكونات الذكاء الحقيقية ؟ بل سوف نحاول أن نجيب عما هى الطريقة الثابتة والمفيدة فى وصف الناس حتى ندرك لماذا يتصرفون على النحو الذى يتصرفون وفقا له فيما يتعلق بالمهارات المختلفة ؟ وكيف يمكن أن نتنبأ بسلوكهم فى المستقبل؟

الذكاء والاستعداد والتحصيل :

الذكاء والاستعداد والتحصيل تكوينات مرتبطة فيما بينها متميزة وقد اعتمد عليها اعتمادا كبيرا فى الماضى . والآن من الممكن أن نقوّم معنى هذه التكوينات وملاءمتها ، بعدأن بحثنا باختصار طبيعة التكوينات بصورة عامة .

مع أن الذكاء يعتبر عادة قدرة واسعة جدا ، وأن الاستعداد يعتبر قدرة نوعية أوامكانية للتعلم ، إلا أن من المسلم به أنهما ثابتان وأنهما يقومان على أساس وراثى . ولذلك نتحدث عن الاستعداد الموسيقى والاستعداد الميكانيكى والاستعداد الرياضى (الجسمى) والاستعداد الفنى وهكذا . والتحصيل ، تمييزا له عن الذكاءوالاستعداد ، هو ماسبق أن تعلمه الفرد ، وعلى ذلك فهناك التحصيل فى الرياضيات والقراءة والتهجئة ومعرفة المبادىء الميكانيكية وغيرها . ومن المسلم به أن بعض الأفراد نتيجة لمجهودات كبيرة يصلون فى تحصيلهم إلى مستوى أعلى مما يحتمل توقعه من قدرته العامة أوالذكاء ، وبالعكس قد يحصل آخرون على مستوى أقل بكثير مما نتوقعه لهم بسبب الدافعية المنخفضة أوالمشكلات الانفعالية .

وكثير من الاختبارات التى يفترض فيها أنها تقيس أمور مختلفة تستخدم فى الواقع بعض البنود (الأسئلة) ذاتها وهى ، جميعا تقيس ما سبق للمُختَبَر (المفحوص) أن تعلمه . وتوجد الفروق بينها ـ أن وجدت ـ فى بعض البنود النوعية المستخدمة أوطبيعة هذه البنود . فمثلا تقوم كل من اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل فى القراءة بقياس معرفة المفردات والقدرة على قراءة وفهم مايقرأ ، وعلى الرغم من محاولة واضعى اختبارات الذكاء استخدام البنود أو الأسئلة التى أتيحت لمعظم الناس فرص متساوية لتعلمها ، إلا أنهم لا يستطيعون

دائما أن يحققوا هذا الهدف . وفى الواقع تعكس اختبارات الذكاء فرص التعلم السابقة بالقدر الذى تعكسه اختبارات التحصيل المدرسية . وربما كان مايفرق اواحد عن الآخر هو أن اختبارات الذ كاء تأخذ عينات من القدرات المختلفة المتعددة حتى تصل إلى وصف لمتوسط عدد من القدرات ، فى حين أن اختبارات التحصيل والاستعدادات تقيس قدرات أكثر نوعية فقط . ثم أن الدرجات فى اختبارات الذ كاء والتحصيل قد تتباين أيضا لأسباب أخرى غير هذه ، فاختبارات التحصيل اختبارات جمعية فى الغالب ، واختبارات الذكاء فردية ، والتباين بينها فى الدرجات قد يعكس مجرد الاختلاف فى الدافعية و الأمن الذين يشعر بهما الطفل فى كلا الموقفين .

ماهى نسبة الذكاء :

عندما وضع بينيه وسيمون اختبارهما ، حاولا أن يجدا مشكلات وأعمالا أوأسئلة نوعية يمكن لمعظم الأطفال فى سن معينة أن ينجحوا فى الإجابة عنها ، ثم نظموا هذه البنود فى مستويات عقلية ، وكانت الدرجة التى يحصل عليها الطفل فى اختبارهما هى مستوى العمر الذى وصل إليه . وعلى ذلك يمكن أن يتميز طفل معين بأنه ينجح فى مستوى عمر متوسط يقدر بسن سبع سنوات أوأربع سنوات . وباعطاء درجة معينة لكل بند (سؤال) يستطيع المختبر أن يصل إلى أحد المتوسطات . فمثلا إذا كان مستوى سن معين يتضمن أربعة بنود واستطاع الطفل أن يجتاز اثنين منهما فإنه يعطى نصف السنة عن ذلك المستوى فمثلا إذا أخذنا مستوى السنة الثامنة من العمر فان الطفل إذا اجتاز بندا يتطلب منه أن يعرف معنى عشر مفردات من قائمة تحتوى على عدد أكبر ، وبندا يتطلب منه أن يعيد من الذاكرة جملة بسيطة ، ولكنه فشل فى بند يتطلب منه أن يشير إلى أوجه السخافة فى سلسلة من الصور أو يتطلب منه أن يذكر

أيام الأسبوع بالترتيب ، فإن الطفل وفقا للاختبار يعمل على مستوى سن السابعة والنصف على شريطة أن يكون قد اجتاز جميع البنود التى فى المستويات الأدنى ولم يجتز أيامن البنود فى المستويات الأعلى . وقد وضع بينيه ـ اعتباطا ـ معيارا يحدد به ما إذا كان الطفل قادرا على الأفادة من استمراره فى المدرسة وهو التأخر بما يعادل سنتين ، أى أن يكون الطفل متخلفا عن عمره الزمنى بمقدار سنتين ، باعتبار أنه علامة على التأخر الخطير . وكان يطلق على متوسط الدرجة التى يحصل عليها (أن السن الذى يصل إليه فى الاختبار) العمر العقلى ، وعمر الطفل الفعلى هو العمر الزمنى .

وقد أصبح واضحا فى الحال أن لقاعدة التأخر سنتين معنى مختلفا فى مستويات العمر المختلفة . فالذى يتأخر بمقدار سنتين وهو فى سن الثامنة يعتبر أخطر تأخراً من الذى يتأخر سنتين وقد بلغ الرابعة عشرة . فالطفل الذى بلغ ثمانى سنوات يتوقع أن يكون أكثر تأخرا وهو فى سن الرابعة عشرة لأن نقص مهاراته سوف يستمر فى تعطيل تعلمه للاختبارات التى تزداد تعقدا كلما تقدم فى السن . ولكى يصبح لهذه القاعدة معنى أكثر ثباتا فى مستويات العمر المختلفة اقترح ولهلم شترن Wilhelm Stern استخدام نسبة الذكاء التى يمكن الحصول عليها بقسمة العمر العقلى على العمر الزمنى محسوبين بالأشهر ، وضرب الناتج فى ١٠٠ كما فى المعادلة التالية :

$$\text{ن . ذ : (نسبة الذكاء)} = \frac{\text{العمر العقلى (محسوبا بالأشهر)}}{\text{العمر الزمنى (محسوبا بالأشهر)}} \times ١٠٠$$

ومن هذه المعادلة يمكن أن تعرف أن الشخص الذى يتساوى لديه العمر العقلى والعمر الزمنى يحصل على نسبة ذكاء قدرها ١٠٠ . وإذا افترضنا أن

الاختبارات قد وضعت بحيث أن نصف الأفراد فى سن معينة يجيبون بنجاح على أى بند معين ، والنصف الآخر يفشل فى الإجابة عنه فإن نسبة الذكاء التى قدرها ١٠٠ تكون نسبة الذكاء المتوسطة . والواقع قد كان هدف بينيه وسيمون وغيرهما من واضعى الاختبارات هو الوصول إلى هذه الدرجة المتوسطة وفيما بعد وضعت اختبارات الذكاء على أساس مبدأ مختلف بعض الشىء وهو وضع معايير خاصة لكل مستوى من مستويات العمر . وهذه المعايير يمكن الوصول إليها من عدد البنود التى اجتيزت بنجاح أو عدد الثوانى اللازمة القيام بعمل ما أو أى طريقة أخرى للتصحيح . ويقدر متوسط أداء الأطفال الذين يقعون فى سن معينة بالدرجة ١٠٠ ، ثم تحدد درجات نسب الذكاء المختلفة بحيث يمكن مقارنتها بنسب الذكاء وفقاً لاختبار بينيه والتى قامت على أساس العلاقة بين العمر العقلى والعمر الزمنى .

وعلى الرغم من نواحى القصور الذى يميز هذا المفهوم العام جدا للذكاء ، فإن من المحتمل أن يكون أى اختبار معين للذكاء أكثر قصوراً . ومع ذلك فقد نظر إلى الدرجة التى يحصل عليها شخص ما فى بعض اختبارات الذكاء كخاصية ثابتة نسبياً . إذ بدأ السيكولوجيون ثم المدرسون ثم العاديون من الناس يسألون عن نسبة ذكاء الفرد كما لو كانت خاصية معينة يحملها الفرد معه طوال حياته وتفسر الكثير من سلوكه . وبدلا من أن تكون نسبة الذكاء درجة فى اختبار معين أجرى تحت ظروف خاصة ، فقد عوملت كما لو كانت صفة شخصية دائمة . ومن المحتمل أن يكون تشيىء درجة الفرد فى اختبار ما (أى تحويلها إلى شىء له صفة الوجود الواقعى) قد أدى إلى ضرر أكثر من الخير الذى حققه نتيجة لما أدى إليه ذلك من انتشار مفهوم عام خاطىء للوظائف العقلية .

فمن ذلك أولا أن يكون مفهوم الذكاء الذى بنى عليه الاختبار نفسه غير ملائم، تعوزه أية قيمة تنبؤية حقيقية . وثانياً أن يكون الاختبار اختبارا غير جيد للمفهوم المجرد الذى قصد أن يقيسه، أى أن بنود الاختبار لم يحسن اختيارها اختياراً جيداً ، أو أنها غير ملائمة لعدد كبير من الذين يجرى عليهم الاختبار، أو أن تكون المعايير (أو التقنينات) مأخوذة عن عدد ضئيل من الأشخاص . فمثلا فى إحدى الاختبارات الفرعية لمقاييس وكسلر للذكاء يطلب من المختبر (المفحوص) أن يرتب مجموعة من الرسوم الهزلية لا تستخدم اللغة فى الإجابة عنها، إن مثل هذا الاختبار يحابى ذوى الخبرة بالرسوم الهزلية فى الصحف اليومية، كما أنه يعاقب من حرموا منها . يضاف إلى ذلك ما تبرهن عليه البحوث من أنه على الرغم من أن كثيراً من اختبارات الذكاء ترتبط فيما بينها أو تتغاير معاً، أو تعطى درجات متشابهة، إلا أن هناك أيضاً فروقا كبيرة فيما بينها . وهناك أيضاً ما يدل على أن الدرجات التى يحصل عليها فرد ما فى اختبارات الذكاء تتغير خلال حياته، وأحياناً بدرجة واضحة .

إذا حصل طفل فى الصف الأول أو الثانى على درجة منخفضة فى اختبار للذكاء وكان أداؤه المدرسى ضعيفاً، فإننا نسلم عادة بأن هذا الطفل تعوزه القدرة الفطرية اللازمة له لكى يقوم بعمله على نحو أفضل . وكنتيجة لهذا فإن أحداً لا يبحث فى أسباب أدائه الضعيف ويؤخذ على أنه تلميذ أقل من غيره وغير قابل للتعلم . إلا أن هذا الأداء الضعيف فى الصفين الأول والثانى قد يرجع إلى نقص فى الاستثارة اللغوية فى البيت، كأن يستخدم أبواه لغة غير اللغة المستخدمة فى المدرسة، أو أن عملية الاختبار قد سببت له شيئاً من القلق أو الرعب ، أو أنه كان معانداً حين وجهت إليه الأسئلة، أو أية أسباب أخرى عديدة مختلفة، إن الأداء الردىء فى المدرسة قد يكون نتيجة لإهمال مقصود له بقصد

ما يمكن أن يكون نتيجة لإمكانيته المحدودة للتعلم . ومن الطبيعى أن يحاول السيكولوجى الاكلينيكى الماهر أن يقوّم هذه العوامل التى تعطل الأداء الجيد فى اختبار معين ، ولكن فى كثير من الحالات نجـــد أن الذين يطبقون الاختبارات لم يتلقوا التدريب الكافى . وكثيرا ما تجرى الاختبارات الجمعية وتؤخذ درجاتها بالجدية التى تؤخذ بها درجات الاختبارات الفردية التى تعطى فرصة كبيرة جداً للملاحظة جميع العوامل التى تحدد أداء الطفل . وعلى أية حال فمن الواضح جداً أن القدرة على الأداء الجيد على اختبار الذكاء ، بصرف النظر عن الاختبار المستخدم ، كالقدرة على الأداء المدرسى ، تتباين بدرجة واضحة على مر السنوات الدراسية .وهذا التباين قد يكون بالنسبة للبعض كبيرا وبالنسبة البعض الآخر قد يكون ضئيلا نسبياً .

وقد أوضحت هذه النقطة توضيحاً كبيرا دراسة ـ استمرت ستة عشر عاما قامت بها مرجورى ب . هونزيك Morjoree P. Honzik وجين ى . ما كفرلين Jean W. Mac Farlane ولوسيل الين Lucille Allen ـ على نسب ذكاء ٢٢٢ طفلا فى بركلى بكالفورنيا . اختبر هؤلاء الأطفال فى سن ٢١ شهرا وتتبعت الباحثات دراستهم حتى سن الثامنة عشرة عاما ، وقد طبق على كل طفل حوالى عشرة اختبارات فردية فى المتوسط خلال الفترة المذكورة . وقد كانت التغيرات الواضحة فى نسب الذكاء خلال الفترة السابقه للالتحاق بالمدرسة هى النمط السائد ، ولكن الدرجات خلال سنوات الدراسة فى الفترة التى يفترض فيها أن تكون الاختبارات أكثر ثباتاً وان يكون مستوى القدرة أكثر استقرارا قد استمرت فى إظهار تباين شديد .

ويبين الجدول رقم ١ المدى بين أعلى وأدنى نسب ذكاء للأطفال الـ ٢٢٢ خلال السنوات الاثنى عشرة المفترض أنها سنوات ثبات نسبة الذكاء من سن

٦ سنوات حتى سن ١٨ سنة . ومن هذا الجدول يمكن ملاحظة أن ٩ ٪ أو ٢٠ طفلا قد تباينت نسب ذكائهم بقدر يبلغ ثلاثين نقطة أو أكثر . وأكثر من نصف الأطفال (٥٨ ٪) تباينت نسب ذكائهم بقدر يبلغ خمس عشرة نقطة أو أكثر .

جدول رقم (١) التغيرات التي لوحظت في نسب الذكاء لـ ٢٢٢ طفلا اختبروا في أعمار تتراوح بين السادسة والثامنه عشر

مدى التغيرات في الدرجات	النسبة المئوية للاطفال
٥٠ نقطة أو أكثر في نسبة الذكاء	٥ر٠
٣٠ » » » » »	٥ر٨
٢٠ » » » » »	٠ر٢٦
١٥ » » » » »	٠ر٢٣
١٠ » » » » »	٠ر٢٧
٩ » » » » »	٠ر١٥

From Marjorie P. Honzik, Jean W. Mac Farlane, and Lucille Allen : «The Stability of Mental Test Performance Between Two and Eighteen years», ***Journal of Experimental Education,*** **17, (1948) : 309—240.**

وعلى الرغم من هذا الدليل على التباين إلا أن عددا من الدراسات حول القيمة التنبؤية لنسبة الذكاء يبين أن لبعض الاختبارات قيمة حقيقية في التنبؤ

بالدرجات المدرسية وبعض المهارات العقلية المتعلقة بحل المشكلات . وسوف نرى فيما بعد أن مقاييس الذكاء مفيدة أيضاً فى تحديد ماإذا كان الشخص يقوم بوظائفه العقلية على نحـو طبيعى . ومع ذلك فإن درجات اختبارات الذكاء كثيرا ما نظر إليها عامة الناس الذين أسبغوا عليها خواصاً كخواص السحر على أن لها قيمة أكثر مما تستحق . وفى الحقيقة أن ماتمثله نسبة الذكاء هى درجة حصلنا عليها من اختبار ما فى يوم ما . وما نستطيع أن نتنبأ به منها هو مسألة معلومات عليه صعبة . إن التنبؤات التى نحصل عليها من أى اختبار معين لها حدودها وتمثل المتوسط بالنسبة لعدد كبير من الاطفال . وقد تـكون بالنسبة لطفل معين غير دقيقة بدرجه كبيرة . وعلى أية حال إن القدرة على التنبؤ بالأداء فى المستقبل من درجة واحدة حصل عليها الطفل فى وقت معين قد بولغ فيها فى أذهان معظم الناس بدرجة كبيرة . إن مشكلة التنبؤ فيما يتعلق بكائن بشرى معقد يسلك فى بيئة معقدة هى كما قررنا سابقا أمر بالغ الصعوبة وتحتاج إلى معلومات من مصادر متعددة، واكلينيكى ماهر ذى خبرة يستطيع أن يجمع المعلومات بطريقة مفيدة .

مفهوم حديث لطبيعة الذكاء :

تعرضت الأدلة على صحة وجهة النظر الوراثية للذكاء وما تؤدى إليه من فائدة لدراسة نقدية على يد شفَرد ليفراند Shephard Liverand الذى هاجم بعنف النظرة القديمة للإمكانية العقلية العامة التى تحددها العوامل الوراثية. وأخذ الباحثون بالتدريج فى رفض فـكرة القدرة الموروثة الثابتة إلى حد ما، والتى يمكن أن يستخدمها الفرد فى التعلم أو أن يفشل فى استخدامها .

ولم تعد النظريات الحديثة فى السلوك والوراثة متسقة مع الفـكرة البسيطة

التى تذهب إلى وجود مورثة (جينة) للذكاء تورث على النحو الذى قال به مندل Mendal . بل أن المفهوم عامة هو وجود عدد كبير من العوامل الوراثية تؤثر على التطور الخاص بالجنين . هذه التأثيرات ، بالإضافة إلى تلك التى تحدث أثناء حمل الأم ، توجد لنا أشخاصاً ذوى تنظيمات عصبية مختلفة وبإمكانيات متباينة للاستجابة للمثيرات ففى بعض الحالات قد نجد قصوراً فيما يستطيع شخص معين أن يتعلمه ، وفى حالات أخرى قد تكون خصائص الفرد بحيث تسهل تعلم بعض أنواع التمييز ، وسرعة اكتساب أنواع جديدة من السلوك . وليس هناك من شك فى أن خصائص الطفل عند الولادة تؤثر على تطور مهاراته العقلية ، ولكنها لا تحدد ما الذى يتعلمه وما مقدار ما يتعلمه . وقد تؤثر اما بطريقة إيجابية أو بطريقة سلبية على عملية التعلم ، ويتوقف ذلك على طبيعة الخبرة التعليمية الخاصة .

قد يكون التمييز السمعى للطفل سريعاً ، ولكن تعلمه للتآزر بين العين واليد بطيئاً . كيف نستطيع أن نفسر هذا الاختلاف ؟ الواقع اننا حتى الوقت الحاضر لا نعلم سوى القليل نسبياً عن الخصائص الفسيولوجية للطفل الحديث الولادة ، والتى تسهل التعلم تحت ظروف معينة ، ولكننا نعلم أكثر عن الخصائص الفسيولوجية التى تعطل عملية التعلم أو تحدها تحت ظروف معينة . والخبرة التى تحدث بعد الولادة تتفاعل مع هذه الصفات الأولية لكى تؤدى إلى الحصول على المهارات . فمن المعروف أن لمشكلات الشخصية الخطيرة أو ما يسمى أحياناً بالعوامل الانفعالية ، ولكم الأستثارة ونوعها أهمية، ولكننا

(1) "Intelligence, A Concept in Need of Reexamination" *Journal of Consulting Psychology*, 24 (1960) : 101—110.

لازلنا فى حاجة لأن نعرف الشيء الكثير عن دور كل مرحلة من مراحل النمو وأهمية كل نوع من أنواع الخبرة فى فترات النمو الحاسمة فى نمو المهارات وتطورها. وليس من المحتمل فى أية حلة أن يكون أى فرد، سواء اعترفنا بأنه عبقرى مبدع أو اعتبرناه ضعيف عقل، قد حقق إمكانياته بالقدر الذى يستطيعه إذا زادت معرفتنا عما نعرفه الآن عن كيفية إستخدام الخبرة والدافعة فى اللحظات الحاسمة للوصول ألى الحد الأقصى من نمو المهارات.

وينبغى أيضاً أن نعترف بأن ما يستطيع الفرد أن يفعله فى أى وقت لا يعتمد فقط على خبرته الماضية وتكوينه المبدئى، بل يعتمد أيضاً على الموقف الذى يوجد فيه، ومثل هذه المتغيرات كدافعيته للاداء وإلى أى درجة يتعرض فيها سلوكه للاعاقة نتيجة لقلقه أو لتوقعه الفشل، وكذلك طبيعة علاقاته الاجتماعية.

وعلى الرغم من أن البحث يوضح لنا أن هناك ما هو أفضل من مجرد علاقة ترجع إلى الصدفة بين مهارة أكاديمية وأخرى تحت ظروف اختبار معينة، إلا أنه لايزال هناك الكثير مما يجب أن نتعلمه عن علاقة المهارات الأكثر تعقداً بالقدرة الاكاديمية. فمثلا هناك بعض الدلائل التى تشير إلى أن القدرة على التذكر لدى اللامعين لاترتبط ارتباطاً عاليا بالقدرة على الاصالة وكذلك قد لا ترتبط القدرة على إدراك دوافع الآخرين أو حتى القدرة على التنبؤ بسلوكهم ارتباطا عالياً بالمهارات الاكاديمية.

وباختصار أن تكوين (مفهوم) الذكاء التقليدى يحتاج إلى أن يراجع مراجعة عنيفة أو ان يحل محله تعريف أفضل له. ان السيكولوجيين ينظرون الآن إلى حل المشكلات المعقدة على اعتبار أنه سلسلة من المهارات (اللفظية والرياضية والإبداعية والاجتماعية والميكانيكيه وغيرها) التي قد يكتسبها الفرد أولا.

وقد يرجع الفشل فى إكتساب هذه المهارات إلى نقص التدريب الملائم ، أو إلى الخصائص المختلفة للمواقف الإجتماعية ، أو إلى نواحى النقص المتعلقة بسوء القيام بالوظائف العصبية . وعلى أية حال تصبح المشكلة : ما هى هذه المهارات ، وإلى أى حد تعلمها الفرد ، وما هى الأسباب التى أدت إلى عدم إستخدامها فى مواقف معينة . لقد كان للمفهوم القديم لقدرة موروثة ذات طبيعةواسعة عامة فائدة فى الماضى ولكنه الآن يحتاج إلى استبداله بمصطلحات أخرى تصف مهارات حل المشكلات النوعية ، وتصف الظروف بما فى ذلك الظروف الوالدية التى تؤدى إلى اكتساب هذه المهارات أوالتى تعوق اكسابها أو تعطل عملها . ونأمل أن يؤدى مثل هذا المنهج فى دراسة قدرة الفرد إلى تمهيد الطريق للوصول إلى أقصى حد لإمكانيات الاداء لدى الأفراد بدلا من مجرد تسمية أو تصنيف قدرتهم الوراثية المزعومة .

بعض اختبارات الذكاء :

مقياس ستانفورد -- بينية ، المعدل حديثا

المقياس الذى يطلق عليه عادة اختبار ستانفورد — بينية هو أحدث مراجعة من سلسلة مراجعات اختبار بينية — سيمون الأصلى . وكانت أول صورة أمريكية لهذا المقياس تلك التى قام بوضعها هنرى جود دارد Henry Goddard . أما المراجعات المستخدمة على نطاق واسع والتى تمت فى جامعة ستانفورد فقد بدأها لويس ترمان Lewis Terman عام ١٩١٦ ثم روجعت فيما بعد على يدى ترمان ومود ميريل Maud Merrill عامى ١٩٣٧ ، ١٩٦٠ . وهذا الاختبار عبارة عن مقياس للعمر العقلى ، أى أن بنوده مرتبة وفقاً لمستويات السن ، من سن سنتين إلى الراشد المتفوق . وعلى الرغم من أن

الاختبار يستخدم أحيانا للكبار إلا أنه يعتبر اختباراً للاطفال ، وقد قنن اساساً عليهم . ويعرف مقياس ستانفورد — بينيه عادة بأنه مقياس مدرج لفظى للذكاء لأن حسن الأداء فيه يحتاج إلى مهارات لغوية . ولكن هذا ليس صحيحاً بالنسبة لمستويات الأعمار السابقة للمدرسة ، هذا بالإضافة إلى إننا نجد البنود غير اللفظية متناثرة خلال المقياس . وفى الأعمار الصغرى تتضمن البنود وضع قطع من الخشب فى أماكنها فى لوحة أشكال ، وتسمية صور بعض الأشياء أو نماذج مصغرة منها ، وتعريف الأشياء باستخداماتها ، وإعادة الأرقام ،ولضم الخرز ، ومعرفة الاضداد ، ونسخ بعض الأشكال الهندسية مثل شكل الماسة . أما اختبارات الأعمار المتوسطة فتتضمن ذاكرة الارقام والجمل والرسوم والقصص ، وتعريف المفردات ، وفهم السلوك السليم ، والتعرف على السخافات ، وأوجه الشبه ، وأوجه الاختلاف ، والقدرة العددية .اما إختبارات الأعمار الأكبر فهى تؤكد المفردات ، وتعريف الكلمات المجردة ، وحل المشكلات ، والتفكير ، وذاكرة سلاسل الاعداذ الطويلة ، والجمل .

وعلى العموم فالمقياس مشبع كثيراً جداً بالعوامل اللغوية ، ولذلك فهو غير ملائم للاطفال الذين نشأوا فى بيئات تستخدم فيها اللغات الأجنبية ، وللأطفال المصابين بنقص فى الكلام ، أو الذين لم يتعرضوا لاستثارة لفظية كافية . ومع ذلك فهو كمؤشر للاداء المدرسى — الذى هو نفسه لفظى إلى حد كبير — ملائم جداً لما يتضمنه من توكيد على البنود اللغوية .

مقياس وكسلر لقياس ذكاء الراشدين .

ومقياس وكسلر لقياس ذكاء الراشدين Wechsler Adult Intlligence Scale (ويز WAIS) الذى وضعه دافيد وكسلر David Wechsler مقياس

آخر شائع الاستخدام . ويختلف مقياس وكسلر عن قياس بينيه فى أن الأمثلة المتشابهة فى مضمونها تجمعه فى اختبارات فرعية ومرتبة وفقا لازدياد صعوبتها .
ومقياس وكسلر يعرف عادة بأنه مقياس درجات . واجابات الفرد على أحد الاختبارات الفرعية تقارن بإجابات المجموعة المعيارية من نفس السن . ونحصل نتيجة لذلك على درجة على الاختبار الفرعي . ومجموعات الدرجات على الاختبارات الفرعية تقارن بالمعايير الخاصة بنفس السن . وقد حصل وكسلر على درجة يمكن مقارنتها بنسبة الذكاء فى مقياس بينيه بإعطاء نسبة ذكاء قدرها ١٠٠ لمتوسط الأداء لأى مجموعة من سن واحدة . والأداء الأكثر من المتوسط يعطى درجات أعلى من ١٠٠ ، والأداء الأقل من المتوسط يعطى درجات أقل من ١٠٠ .

ولكى يحدد الأداء المتوسط ، أو المعيار ، استخرج وكسلر درجات المقياس من عينة كبيرة من الرجال والنساء فى أعمار مختلفة . وقد بلغت عينة التقنين لاختبارات الكبار ١٧٠٠ حالة موزعة بالتساوى بين الرجال والنساء ومجموعات الأعمار المختلفة ، ومختارة بحيث تمثل الولايات المتحدة بأكملها (وقد تم ذلك بأخذ النسب وفقاً للأعداد التى وردت فى الإحصاء العام سواء فيما يتعلق بأجزاء البلاد المختلفة أو الفئات المهنية) .

ويقسم مقياس وكسلر الاختبارات اللفظية والاختبارات العملية إلى قسمين فرعيين للمقياس . وبهذه الطريقة يمكن الحصول على نسبة ذكاء لفظية ، ونسبة ذكاء عملية ، ونسبة ذكاء عامة . ومع أن البنود العملية تحتاج لمعرفة اللغة لفهم التعليمات فهما تاماً ولتصوير المسائل ، إلا أن الاعتماد على لغة الحديث أقل ضرورة للوصول إلى الإجابات الصحيحة ، عما هو الحال فى مقياس ستانفورد — بينيه .

والاختبارات اللفظية فى المقياس هى : المفردات ، والمعلومات ، والفهم ، والحساب ، والمتشابهات ، وذاكرة الأرقام . والاختبارات غير اللفظية تتضمن اختبارات التعويض ، وتكملة الصور ، ورسوم المكعبات ، وترتيب الصور ، وتجميع الأشياء . وقد وضع وكسلر مقياساً للذكاء للأطفال Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) (وسك) وهو يستخدم فى الوقت الحاضر استخداماً واسعاً وقد رتبه على نحو يشابه اختبارات الكبار . والاختبارات الفرعية تشبه تماما مقياس الكبار . وقد نشر وكسلر حديثاً مقياساً جديدا (مقياس الذكاء لما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية أو الأولية Preschool and Primary Scale of Intelligence لاستخدامه مع الأطفال الذين فى سن من ٤ إلى ٦٫٥ ، وهو مشابه فى تركيبه لمقياس الذكاء للكبار .

المقاييس العملية :

لما كان مقياس بينيه وغيره من مقاييس الذكاء الآخرى يؤكد تأكيداً شديداً على فهم اللغة واستخدامها ، كما سبق أن أشرنا ، فقد شعر كثير من السيكولوجيين أنها تميل إلى محاباة الأطفال الذين يتعرضون أكثر من غيرهم للاستثارة اللفظية فى بيوتهم ، وأنها غير عادلة نحو الذين يتحدثون بلغة أجنبية فى بيوتهم ، أو الذين يعانون من إعاقات كلامية أو سمعية . ومن المحتمل أيضاً أن تؤثر الفروق الثقافية على المهارات اللغوية أكثر مما تؤثر على المهارات العملية . فطفل الخامسة الذى يعيش فى منطقة الغابات النائية والذى لم ير إطلاقا ،ظروفا لا يكاد يتوقع منه أن يعرف الكلمة الدالة عليه .

وقد وضعت عدة اختبارات لقياس القدرة العقلية بأقل ما يمكن من

الاعتماد على اللغة . وليست لوحات الأشكال ، واستخدام الرسوم فى إدراك التماثل ، والأشياء المقسمة إلى أجزاء ، وتتبع المتاهات ، والتآزر البصرى اليدوى كما فى الرسم والنسخ ، والتعرف على الأخطاء والأجزاء الناقصة فى الصور ، إلا أمثلة قليلة للاختبارات العملية ، وفى أحد هذه الاختبارات النموذجية يقطع نموذج خشبي لليد قطعاً مائلا إلى عدة قطع ، وتعرض القطع غير مرتبة أمام المفحوص ، ويعتبر الوقت الذى يستغرقه لوضع القطع فى مواضعها الصحيحة على أنه الدرجة التى حصل عليها . وهنا نجد أن إدراك الشكل والحجم ليس هو المهم فقط ، بل أن من المهم أيضاً السرعة التى بها يكتشف المفحوص الشىء الأصلى من الأجزاء غير المرتبة . والدافعية هامة أيضاً كالسرعة كما هو الحال فى بنود كثير من اختبارات الذكاء .

وبتجميع عدد من مثل هذه الاختبارات فى مقياس ، يصبح من الممكن الوصول إلى تقويم القدرة العملية للطفل تقويماً أعم وأكثر ثباتاً مما إذا استخدمنا اختباراً واحداً . وهناك ثلاثة من هذه المقاييس المجمعة التى ينتشر استخدامها وهما مقياس بنتنر — باترسون Pintner—Patterson Scale ومقياس آرثر Arthur Scale ، ومقياس كورنيل — كوكس للقدرة العملية Cornell—Cox Perfomance Ability Scale .

اختبارات الذكاء للأطفال الصغار:

على الرغم من أن مقياس ستانفورد — بينيه يتضمن بنوداً للأعمار الدنيا تصل إلى سن السنتين إلا أن بعض السيكولوجيين شعروا بالحاجة إلى قياس ذكاء أطفال أصغر سناً من ذلك . والغرض من مثل هذه الاختبارات هو الكشف عن الاضطرابات العصبية أو الجسمية المحتملة التى قد تحدد

نموهم . ومن الواضح أن مثل هذه الأدوات لا يمكن أن تعتمد على اللغة ، ومعظم بنودها تتطلب أداءات بسيطة جداً كأن يتابع الطفل شيئاً لامعاً بعينيه ، أو أن يحاول الوصول إلى صندوق ، أو أن يلتقط أشياء صغيرة ، أو أن يقلد التصفيق بيديه .

وأحد هذه الاختبارات المستخدمة مأخوذ من المقاييس المدرجة التي وضعها ارنولد جيزيل Arnola Gesell والمشتغلين معه . ومقارنة سلوك الطفل بهذه المقاييس المدرجة يعطينا ما أطلق عليه جيزيل درجة عمر النضج . وتعطينا الدرجة إذا ماقسمت على العمر الزمني نسبة النمو (ن . ن) . ومن المقاييس الأخرى المستخدمة مقياس كاتل لذكاء للأطفال الصغار Cattell Infant Intelligence Scale ، واختبار ميريل — بالمر Merrill—Palmer Test وتقيس عادة الاختبارات التي تتضمنها هذه المقاييس قدرة الطفل على الاستمرار في الانتباه ، والتآزر البسيط بين العين واليد ، ونمو التمييز الحسي ، وقدرة الطفل على أن يشير إلى أجزاء من جسمه .

وقد أشارت البحوث إلى أن الدرجات التي نحصل عليها من هذه الاختبارات ذات قيمة ضئيلة جداً في التنبؤ بمستوى القدرة بعد سن السادسة، نظراً لأن معظم الوظائف التي تقيسها ترتبط ارتباطا منخفضاً جدا بنمو المهارات اللغوية ، ولأن المجال لايزال فسيحاً أمام الإثارة البيئية لتلعب دورا كبيرا في نمو قدرة الطفل . إن الأهمية الكبرى لهذه الاختبارات هي في الكشف عن الاضطرابات الكبرى في النمو الحسي والحركي . وطبيعي أن لمثل هذه المعلومات قيمة كبيرة في أغراض فحص الأطفال لاهتمامات التبني والإيداع في المؤسسات والعلاج المبكر لبعض الاضطرابات .

القدرة اللفظية والقدرة العملية :

كثيراً ما نجد أداء فرد ما على المقياس العملى أفضل بدلالة إحصائية من أدائه على المقياس اللفظى ، والعكس . وفى مقياس مثل مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (ويز) الذى يتضمن مقاييس فرعيةلفظية وأخرى عملية ، فقديكون أداء فرد ما فىأحد شطرى المقياس أفضل من أدائه فى الشطر الآخر . ولقد كان تفسير مثل هذه الإختلافات غامضاً أحياناً . فإذا كان أداء شخص ما جيداً فى إختبار عملى مع وجود ما يدل على أنه كان معوقا فى نموه اللغوى ، فإن زيادة الأثارة اللفظية قد يؤدى إلى زيادة القدرة اللغوية . وعكس هذا صحيح فيما يتعلق بالشخص الذى يحصل على درجة عالية فى المهارة اللفظية ودرجة منخفضة فى المهارة العملية . فكثير من أطفال المدن مثلا ليست لديهم سوى فرص ضئيلة لإكتشاف ما لديهم من مهارات ميكانيكية ، على الرغم من أنهم قد يكونون موضع المحاباة فى البنود التى تعكس المهارات التى يمكن أن تنمو نتيجة لألفتهم ببعض اللعب الشائعة والتى يسهل على أطفال المدن الحصول عليها وإذا قبل الإنسان فكرة الذكاء الأساسى العام ، فإن الدرجة العالية فى أى من المهارتين الأساسيتين قد توحى بأن الفرد فى إمكانه أن يحصل على نفس الدرجة العالية فى إختبار المهارة الأخرى ، وأن إعاقته فيها إنما هى حالة مؤقته ، والواقع أن مثل هذه الدرجة إنما تدل على مجرد أن الفرد فى الوقت الحاضر أكثر كفاءة فى إحدى المهارتين .

وبالإختصار ، أن أى إختبار يبين لنا أداء الفرد فى إختبار ما فى وقت معين . ولا يمكن إعتبار الإختبارات اللفظية أو الإختبارات العملية كمقاييس لنسبة الذكاء الحقيقية . أنهما نوعان مختلفان من مؤشرات القدرة ،

وهى مؤشرات يمكن أن نستنتج منها تنبؤات نوعية كما أثبتت البحوث السليمة .

النقص (الضعف) العقلى :

لما كان قياس القدرة العقلية من أهم الوجبات الاجتماعية التى طلب من السيكولوجيين القيام بها فى الماضى ، فقد أصبحت للمهارات التى إكتسبوها حاسمة منذ وقت مبكر فى تشخيص النقص العقلى أو الضعف العقلى . وإلى الآن ليس لدينا تعريف أو وصف مقبول بوجه عام للنقص العقلى . فبعض وجهات النظر تؤكد الوراثة أى العوامل التكوينية أو العصبية ، والبعض الآخر يؤكد الكفاية الإجتماعية . وبوجه عام يتفق معظم الباحثين فى هذا الميدان على أربع أو خمس خصائص تتضمنها معظم التعريفات القانونية للنقص العقلى . وهذه الخصائص هى :

١ — النقص العقلى يتضمن عجز الفرد عن مواجهة مشكلات مجتمعة . وضعيف العقل لا يستطيع أن يهتم بنفسه بطريقة ملائمة . ومثل هذه النظرة تتضمن أن النقص العقلى أو التأخر العقلى أمر نسبي للموقف الاجتماعى ، فالفرد الذى يبلغ مستوى معيناً من القدرة قد يستطيع البقاء بطريقة مقبولة فى مجتمع « قروى » منعزل بسيط ، ولكنه لا يستطيع أن يعتنى بنفسه فى مجتمع مدنى معقد حيث عليه على الأقل أن يستخدم نظاما معقداً للمواصلات فى ذهابه إلى عمله وعند إيابه إلى منزله .

٢ — أن عجز الفرد عن الإهتمام بنفسه يرجع إلى عدم قدرته على التعلم ، أى أن فشله يرجع إلى عوامل عقلية أكثر منها عوامل إنفعالية أو عوامل ترتبط بالدافعية .

٣ — ينبغى أن يبدو المستوى المنخفض لقيامه بوظائفه العقلية على أنه فشل فى النمو والإرتقاء ، أى أن الفرد لا يستطيع أن ينضج عقلياً إلى أعلى من مستوى معين . وأن انخفاض أدائه لوظائفه العقلية لا يحدث نتيجة لفقدان مهارة سبق له أن تعلمها كما هو الأمر فى حالة من يصاب بتلف فى أنسجة المخ نتيجة لحادثة ما .

٤ — أن النقص فى القدرة يعتبر ثابتاً أو دائما نسبياً .

وثمة تعريف يأخذ به معظم السيكولوجيين ويوصى واضعاه وهما س . د . بورتيوس S. D. Porteus و ج . د . كوربت G. R. Corbett بإستخدامه للأغراض القانونية ، وهذا التعريف هو « ضعيفو العقل هم هؤلاء الذين بسبب تأخر نموهم العقلى تأخراً دائماً ، أو بسبب توقف نموهم العقلى فى سن مبكرة ، غير قادرين على الاستقلال بتدبير أمورهم ، وإعالة أنفسهم(١) » .

وقد نتساءل لماذا توضع هذه المطالب المعينة والخاصة لتعريف ما يفترض أنه حالة مرضية عقلية ؟ ولماذا يجب أن يكون النقص فى النمو ؟ ولماذا يقتصر على عدم الكفاية العقلية ؟ أن تبرير هذا التعريف الذى يبدو غريباً ، والذى كما هو واضح لا يصف مرضاً أو إضطراباواحداً بل يصف نتائج عدد كبير جداً من أنواع الظروف المبكرة ، هو أن له نتائج قانونية أو عملية معينة . فقد حاولت المجتمعات منذ أن لاحظت أن كثيراً من الأطفال غير قابلين للإستفادة من المدارس العادية ، ليس بسبب « الكسل » بل بسبب العجز العام فى القدرة على التعلم أن تضع طريقة للتدريس لهؤلاء الأطفال أو على

---

(2) Statuary Definitons of Feebleminded in the U. S. A. "Journal of Psychology, 25 (1953) 81—105.

الأقل لحمايتهم من عجزهم عن البقاء إذا مادعت الضرورة إلى ذلك . وعلى الرغم من أن المؤسسات الأولى لضعاف العقول وكثيرا من المؤسسات الحالية لم تحظ إلا بمعونات مالية غير كافية إلى حد خطير ، وأنها لم تقدم للأطفال والكبار الموجودين بها إلا بعضاً مما تستطيع أن توفره لهم إذا مازودت بالإمكانيات والمختصين بدرجة ملائمة ، إلا أنها قامت كمحاولة لتدبير الأمور الاجتماعية الخاصة بمجموعة من الأطفال يحتاجون إلى رعاية خاصة . وفى نفس الوقت اعتبر المجتمع الأطفال الذين لا يستطيعون مواجهة مطالب المدرسة أو الحياة لأسباب أخرى ، قابلين للعلاج بطرق أخرى طبية أو سيكولوجية . وعلى ذلك فمصطلح النقص العقلى أو الضعف العقلى ليس وصفا لمرض أو اضطراب نوعى ، بل أنه وصف ملائم لفئة كبيرة من الأفراد الذين يشتركون فى صفة مفترضة هى العجز عن التعلم ويحتاجون إلى تدبير أو إجراء اجتماعى .

وقد فرق س . ب . ساراسون S. B. Sarason و ج . دوريس J. Doris بين التأخر العقلى والنقص العقلى ، إذ يفترض فى المصابين بالنقص العقلى وجود تلف فى أنسجة المخ ، أما المتأخرون عقليا فلا يعرف عنهم أنهم يعانون من مرض من هذا النوع ، وهم يكونون العدد الأكبر من الأفراد الذين يقعون فى أعلى درجات النقص العقلى أو الحالات الهامشية . ويشير اليهم الإخصائيون أحياناً بأنهم حالات النقص العقلى « الأسرية » أو (متنوعات الحديقة) أو « الثانوية » أو « الأدنى ثقافيا » ، بسبب عدم وجود أى أعراض مرضية عضوية يمكن ملاحظتها . ويبدو أن قدرات معظم هؤلاء الأفراد محدودة جزئيا أو كليا كنتيجة للبيئة الثقافية المحرومة ، أو فقدان الاستثارة العقلية أو العوامل السيكولوجية التى أعاقت التعلم فى مراحل حياتهم المبكرة ، أو أية مجموعة من هذه العوامل . وعلى الرغم من أن البعض يجادل فى أن العوامل الوراثية تؤثر - جزئيا

على نمو القدرة لدى مثل هذه الحالات حيث لا توجد ثمة أعراض مرضيه ، ألا أنه من الصعب عليهم أن يبينوا ماهية نواحي القصور الوراثية هذه . وتأتى الأدلة على مثل هذه التأكيدات من دراسات التوائم المتحدة والأخوة الذين نشأوا متفرقين، أو من مقارنة درجات ذكاء التوائم المتحدة مع التوائم المنفصلة ، ولكن ثمة مجادلات تدور حول ماتعنيه هذه الدراسات .

ومن المحتمل جدا أن نجد لدى كثير من حالات التأخر العقلي بعض الوظائف العصبية الخاصة التى لاتؤدى على الوجه الأكمل ، والتى لم يمكن ملاحظتها سابقا ، ولكن فى حالات كثيرة لابد من حدوث تأثيرات بعد الولادة أثرت كثيرا فى هذه القدرات غير النامية ، مادام من الصعب جدا ، فى أغلب الأحيان ، إقامة الدليل على أن نواحي القصور فى حالات معظم هؤلاء المتأخرين عقليا قائمة منذ الولادة حقا . وعلى الرغم من الاعتقاد العام بأن هؤلاء الأفراد يستطيعون ، إذا تم نضجهم البدنى ، الإفادة بدرجة محدودة فقط من التعليم والاثارة ، إلا أنه لايمكن أن نقول فى الوقت الحاضر أنهم لايستطيعون القيام بوظائفهم على مستوى أعلى تحت أفضل ظروف التدريب وفى المجالات النفسية السليمة .

ماهى أسباب النقص العقلى :

ساد فى وقت ما، الاعتقاد أن معظم حالات النقص العقلى هى نتيجة لوراثة ظرف عقلى يرجع إلى جينات (مورثات) ناقصة . فناقصو العقل ينجبون أطفالا ناقصى العقل . ولكن الواضح الآن أن نتائج الوراثة أكثر تعقيدا من ذلك بكثير . فثمة ظروف كثيرة تؤثر على الجنين أثناء نموه فى رحم أمه . ويبدو أن عدد كبيرا من الأطفال الذين يفشلون فى النمو يعانون من تأخر مافى أثناء الوجود داخل الرحم . فالأمراض التى تصيب الأم ، وكثرة التعرض لأشعة أكس ، وبعض حالات النقص فى الدم (التى قد تكون موروثه) قد تؤثر

فى نمو الجنين أكثر مما يؤثر عليه جين (مورّث) خاص بالذكاء . وبالإضافة إلى ذلك فإن الإصابة التى تحدث أثناء الولادة ، والأمراض التى يصاب بها الطفل ، والنقص الغذائى بأنواعه سواء لدى الأم الحامل أوالطفل النامى ، واختلاف فصيلة الطفل دم الطفل عن دم أمه ، والعديد من الظروف الجسمية الأخرى قد تؤثر على نمو القدرة العقلية نتيجة التلف الذى يصيب (انسجة) المخ . وفضلا عن ذلك فإن بعض الأطفال ـ ببساطة ـ لاتتطور لديهم القدرة العقلية بسبب نقص فى الإثارة أوالخبرة أوعدم الاستجابة لمحاولتهم الكلام فى الفترات الحاسمة فى مراحل نموهم المبكرة . وكثير من هؤلاء الأطفال الذين لم يتعرضوا لإثارة كافية واعتبروا ضمن حالات الضعف العقلى ، والذين أعتقد فى الماضى أنهم حالات ضعف عقلى « أسرى » ، كانوا بمجرد عاجزين عن الحصول على درجات ملائمة فى اختبارات الذكاء لأنهم كانوا يعكسون الثقافة السائدة فى أسرهم . ولم يكن الأبناء أكثر ذكاء من آبائهم لأن آباءهم لم يعلموهم أكثر مما يعرفونه هم . وعندما يلتحق هؤلاء الصغار بالمدرسة ، وأحيانا يبقون خارجها بعد التحاق الأطفال الآخرين بسنة أواثنين ، يكونون قد تأخروا عن غيرهم شوطاً طويلا بحيث لن يستطيعوا اللحاق بهم . وللدلالة على أن هؤلاء الأطفال لم يكونوا من ضعاف العقول نتيجة « للوراثة » توجد عدة دراسات لأبناء كانت أمهاتهم من ضعاف العقول قد أودعوا مؤسسات الحضانة أوتبنتهم بعض الأسر . وكانت مستوياتهم العقلية أشبـــه بمستويات آبائهم بالتبنى منها بمستويات آبائهم الحقيقيين .

ومن هذه الدراسات الدراسة التى قامت بها مارى سكوداك Marie Skodak(٣).

---

(3) «Children in Foster Homes: A Study of mental Development», *University of Iowa Studies in child Welfare*, No. 16 (1939)

فقد اختبرت سكوداك ١٦ طفلا حكم على أمهاتهم بأنهن ناقصات عقل بنسب ذكاء تتراوح بين ٥٠ ، ٧٤ . ويمكن اعتبار معظم هؤلاء الأمهات أن لم يكن جميعهن ـ متأخرات عقليا ، وفقا للتمييز الذى أشرنا إليه سابقا . وكان الآباء من مستوى مهنى واجتماعى اقتصادى منخفض ـ وكان الأطفال الستة عشر قد أودعوا فى بيوت حضانة عادية قبل سن ستة أشهر .

وعندما أجريت عليهم اختبارات الذكاء فى سن السنتين والسنتين والنصف وجد أنهم حصلوا على متوسط نسبة ذكاء قدرها ١١٦ . وفى سن خمس سنوات تقريبا كان متوسط نسب ذكاءهم ١٠٨ . ومن المحتمل جدا أن هؤلاء الأطفال كانوا سيحصلون على درجات ذكاء أقرب إلى درجات ذكاء آبائهم الحقيقيين إذا كانوا قد ظلوا فى البيئة العقلية المحدودة التى كان سيوفرها لهم آباؤهم .

بعض أنواع النقص العقلى الخاصة :

لا تزال التأثيرات الوراثية فى التأخر العقلى موضوع جدال . ومع ذلك فى بعض الحالات التى تكون نسبة مئوية بسيطة من التأخر العقلى ، قد أمكن تحديد بعض الاضطرابات النوعية المتأثرة على الأقل بالعوامل الوراثية على أعتبار أنها عوامل مسببة . ومن هذه الاضطرابات زملة داون (أى مجموعة أعراض داون Down's Syndrome) أو المغولية : وتسميتها بالمغولية تشير إلى العيون اللوزية الشكل التى يتميزها مثل هؤلاء الأطفال . ويبدو أنها مرتبطة بعيب فى أنقسام الكروموسومات (الصبغات) ، إذ أن عدد الكروموسومات فى حالة الأطفال الشبيهين بالمغوليين سبعة وأربعين بدلا من ستة وأربعين كروموسوما فى الحالات العادية . ونسبة مثل هؤلاء الأطفال ضئيلة جدا بوجه عام ، ولكن الحالات التى تولد منها تحدث غالبا عندما تكون الأم

فى سن متقدمة أو أن يجىء طفلها الأول فى وقت متأخر من حياتها . ويتميز هؤلاء الأطفال بالإضافة إلى الإنكسار الذى يلاحظ فى الجفن الأسفل (وهو الذى يعطى مظهر العيون المنحرفة) باللسان المشقق ، والجلد الجاف المشقق ، وبعض الخصائص الجسمية الأخرى ، ومدى نسب ذكاء هؤلاء الأطفال واسع ، ولكن معظم الدرجات منخفضة جداً .

وحالة أخرى من حالات النقص العقلى هو الفينيلكيتونيوريا Phenylketonuria (PUK) وهو مرض يتعلق بعمليات الايض (أو الهدم والبناء) ، ويبدو كما لو كان صفة وراثية متنحية ونسبة حدوث هذا المرض ضئيلة جداً فى مجموع السكان ، ويؤدى العلاج الغذائى المبكر إلى تخفيف شدة التأخر العقلى .

وهناك (نوع آخر من الاضطرابات) أكثر إنتشاراً ويرتبط بالقدرة العقلية غير النامية ، وهو ينشأ عن الاضطرابات التى تحدث فى المخ فى أثناء الولادة ، وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يتعرضون لهذه الأصابات يكونون مجموعة متباينة ، إلا أنه من الممكن أحيانا أن نتعرف عليهم من وجود اضطرابات أخرى حسية أو حركية . فالعجز فى التآزر الحركى ، أو الشلل ، أو النقص فى الكلام ، أو الإضطرابات الحسية ، بالإضافة إلى النقص العقلى ، توحى بوجود إصابات فى المخ من المحتمل أن تكون قد حدثت فى أثناء الولادة .

وبالإضافة إلى الظروف المتعددة التى قد تؤثر على الجهاز العصبي المركزى للطفل أثناء الفترة السابقة للولادة ، فقد يؤدى أيضاً عدد من الأمراض المعدية التى يصاب بها الطفل عقب الولادة إلى تأخر التطور العادى للنمو . والأمراض التى تؤدى أحياناً إلى مثل هذه النتائج الوخيمة تشمل الإلتهاب السحائى meningitis

وإلتهاب المخ encephalitis ، وشلل الأطفـال المحى Polioencephalitis .
وأحيانا قد تـكون لبعض الأمراض التى تصيب الأطفال مثل الغدة النـكفية mums ، والدفتيريا ، والحمى القرمزية ، والإلتهاب الرئوى Pneumonia آثار مشابهة على نمو الجهاز العصبي المركـزى وتطوره .

وهناك أيضا عدد من الظروف العصبية النوعية المتعددة ترتبط بالتـأخر العقلى رغم ندرتها ، ويوالى الباحثون أكثر فأكثر تحديد الظروف النوعية المرتبطة باضطراب نمو الجنين . فمثلا ، قد اتضحت العلاقة بين حدوث النقص العقلى والإختلاف بين نوع دم الطفل ونوع دم الام ، كما فى حالة ما إذا كان دم الأم ينتمى إلى فصيلة الريسوس السلبي RH⁻ ودم الطفل ينتمى إلى فصيلة الريسوس الإيجابى RH⁺ .

وكلما زاد ما نسكتشفه من هذه الظروف الخاصة كلما قل إعتمادنا على نظرية الوراثة البسيطة فى تفسير العقلية المنخفضة المستوى . والواقع أن الاضطرابات العصبية والهرمونية النوعية والحرمان الثقافى والمشكلات الإنفعالية والشخصية تبدو مسؤولة عن عدد متزايد من حالات الضعف العقلى .

تشخيص النقص العقلى :

على الرغم من أن السيكولوجى الإكلينيكى يستطيـع أن يتعرف على بعض علامات الاضطرابات الجسمية المعروفة ، إلا أن تحديد الظروف الجسمية المرتبطة بالعجز فى القدرة العقلية هو مشكلة طبية عصبية ، فى حين أن تقويم النقص العقلى هو مشكلة سيكولوجية ، وهذا التقويم ليس دائما أمراً بسيطاً ، فلا ينبغى أن يقتصر الأمر على أن يكون السيكولوجى الإكلينيكى قادراً على تأكيد أن الأداء العقلى غير المناسب للفرد أقل من مستوى معين ، بل أن عليه أيضا أن يؤكـد أن هذا

الأداء المنخفض ليس نتيجة لظـرف طارىء ، أو لنقص فى الدافعية أثناء إجابة الفرد على الإختبار ، أو نتيجة لعجز معين يمكن علاجه . ان الطفل قد يفشل فى الإجابة على كـثير من بنود إختبار الذكاء لأنه منعزل إجتماعيا اكثر منه لأنه غير قادر على الإجابة ، وقد يخطىء بسبب العدوان أكـثر منه نتيجة للعجز . وقد تفسر صعوبات السمع سوء فهمه للتعليمات أ كـثر مما يفسره عدم قدرته على التعلم . كل هذه الظروف وغيرها من الظروف الـكـثيرة يجب دراستها بعناية قبل تشخيص النقص العقلى ، ويتضح بصورة متزايدة أن الـكـثير من الخطأ فى فى التشخيص قد حدث فى الماضى . وهذا الخطأ فى التشخيص يمكن أن يحدث عندما تعوق الاضطرابات الإنفعالية ، أو مشكلات التوافق الإجتماعى ، أو الصعوبات غـــير الملحوظة المتعلقة بأوجه النقص فى السمع والرؤية والـكلام عملية التعلم العادى وبالإضافة إلى هذه الإعتبارات يجب أن يأخذ السيكولوجى بنظر الاعتبار مظهراً حاسما فى تقرير النقص العقلى وهو ما إذا كان الفرد قادراً على العناية بنفسه فى بيئته الإجتماعية الخاصة . وهنا كما هو الشأن فى تطبيقات علم النفس الإكلينيكى الأخرى يستلزم الأمر الخبرة والمهارة والمعرفة بثقافة المريض أكـثر مما يستلزم التطبيق الروتينى للأساليب العملية .

الرعاية والتدريب

من الأفضل لعدد كبير من ضعاف العقول فى المستوى الأدنى من الضعف العقلى الايداع فى المؤسسات الخاصة بسبب صعوبة الرعاية المادية والضغط الإنفعالى الذى يفرضه وجودهم المستمر فى البيت على باقى أفراد الأسرة . ومع ذلك فان الإيداع فى المؤسسات كحل دائم لجميع ضعاف العقول ليس على وجه اليقين بالأمر الضرورى .

ومن المحتمل أننا فى كثير من الحالات نقدر تقديراً متواضعا ما يمكن

لضعيف العقل أن يتعلمه مع أفضل تدريب ، وأننا نؤكد تأكيدا مبالغا فيه مالايستطيع أن يتعلمه بسبب حالته . وقد بين ر . كروموبل R. Cromwell وزملاؤه فى دراسات متعددة أن ضعيف العقل ييأس بسبب عدم قدرته على تعلم مايتوقعه منه الآخرون ، وبالتالى فإنه يتعلم أقل ممايستطيعه(٤) وتشير الدراسات الخاصة بالإيداع لمدد طويلةفى المؤسسات إلىأن عدم وجود إثارة عقلية لضعيف العقل ، وعدم القيام بمحاولة حقيقية لتدريبه ، يؤديان إلىفقدان مستمر للقدرة.

أما فيما يتعلق بهؤلاء الذين يصنفون بأعتبارهم من المورون أوالهامشيين فإن من الممكن تعليمهم القيام بأوجه النشاط الاجتماعية المفيدة . والمشكلة فى هذه الحالة تقع أساسا فى توفير الإشراف الملائم والأمن والاستقرار الاجتماعيين اللازمين للتقدم على الرغم من الإمكانيات العقلية المحدودة . والحالة التى نصفها فيما يلى توضح هذه النقطة توضيحا بيّنا .

هيلين : دراسة حالة :

المشكلة : كانت هيلين فتاة فى الثامنة عشرة ، أحضرها والداها إلى العيادة وقد إشتكيا من ثورات غضب عنيفة ورفضها أن تترك غرفتها لفترات طويلة. وقد سبق لها أن شخصت على أنها متأخرة عقليا ، وقد أخرجت من المدرسة عندما بلغت الرابعة عشرة .

خلفية هيلين : كانت هيلين الطفل الأول لزواج متأخر نسبيا . وكان لوالدها مكتب صغير للتأمين ، وكانت أمها تعمل فى الماضى سكرتيرة ولكنها

(4) «A Social Learning Approach to Mental Retardation N. L. Ellis, ed. *Handbook of Mental Deficiency* (New York : McGraw—Hill Book Company, 1963).

تركت العمل بعد زواجها . وكان أخوها الذى يصغرها بثلاث سنوات يبدو عاديا ، كما كان تقدمه فى المدرسة مرضيا .

وقد وصف الوالدان هيلين بأنها بطيئة فى نموها . وفى الوقت الذى قابلها فيه السيكولوجى كان طولها حوالى خمسة أقدام ، كما أنها كانت أميل إلى البدانة ، وكانت ساقاها وذراعاها وأصابعها أميل إلى القصر والسمنة . وعندما اتضح أن هيلين لم تكن تمشى أوتتكلم كالأطفال الآخرين فى مثل سنها ، أعتقد طبيب الأسرة أنها مصابة بنقص طفيف فى افرازات الغدة الدرقية وأشار بعلاج الغدة الدرقية ، ولكن العلاج لم يبدأ إلا بعد أن جاوزت هيلين عامها الرابع .

كان والداها يعتنيان بها عناية فائقة كما كانا أميل إلى احاطتها بحماية زائدة،ولهذا السبب التحقت بالمدرسة متأخرة بفترة مقدارها سنة بالنسبة لغيرها من الأطفال . وقد ذكر الوالدان أنها كانت طفلة هادئة ، كما كانت حسنة الطبع سواء فى البيت أوالمدرسة . مكثت سنتين فى الصف الأول . وكانت ضآلة جسمها بالنسبة للأطفال الآخرين والصعوبة التى تواجهها فى المدرسة سببين ملائمين لتأخيرها هذه السنة . وقد رسبت فيما بعد فى صفين ، وعندما وصلت إلى الصف الأخير فى المدرسة بدأت هيلين تصبح مشكلة . فلم تكن ترغب فى الذهاب إلى المدرسة حيث كانت توصف بأنها غير متجاوبة وغير منتبهة وقد تعلمت القراءة ولكن كان حفظها ضعيفا ، ورغم أنها كانت تستطيع أن تقوم بالعمليات الحسابية البسيطة التى لاتتطلب سوى الجمع والطرح إلاأنها كانت ضعيفة فيما عدا ذلك من حيث التعامل مع الأرقام .

وعلى الرغم من وجود بعض الأصدقاء لهيلين عند بدء التحاقها بالمدرسة

إلا أنه بمرور الوقت أصبح ميلها إلى الانعزال أكثر وضوحا من ميل الأطفال الآخرين إلى نبذها . وقد بذل والداها جهدهما في محاولة الترفية عنها في البيت عندما تكون بعيدة عن المدرسة . ولم تكن هناك فصول للمتأخرين عقليا في المنطقة التعليمية التي تتبعها .

وبعد أن تركت هيلين المدرسة في سن الرابعة عشرة كانت تصرف كل وقتها تقريبا في البيت تساعد أمها ، وكانت هيلين بشهادة أمها خير مساعد في أعمال المنزل والطهي والتنظيف بوجه عام . وفي سن السادسة عشرة اشتغلت لفترة قصيرة في مطعم قريب ، وكانت تغسل فيه الأطباق ، ولكن والديها اضطراها إلى ترك هذا العمل لانهما رأيا أن العمل كان مضنيا لها بدنياً ، ولأنهما شعرا بالمهانة من أن لهما ابنة متأخرة عقليا . وبدأت ، بعد عودتها إلى المنزل عقب ترك هذا العمل ، تنتابها نوبات من الغضب عندما تواجة بالاحباط . وكانت أحيانا تقوم برحلات بالأتوبيس لشراء الأشياء البسيطة لنفسها ، ولكن أمها لم تولها ثقتها اطلاقا في شراء ماتحتاجه الأسرة وكانت تذهب عادة بنفسها ، وأحيانا مع والدها ، لمشاهدة مباريات كرة القدم ، وكرة السلة ، والأفلام السينمائية وكانت إذا مارفض السماح لها بالقيام بماترغب في القيام به تغضب ، وأحيانا تنتابها نوبات من الغضب الشديد ، وقد لطمت أمها مرة أومرتين .

وقد ظهر من قياس الذكاء أن اداءها تقريبا متساويا في البنود اللفظية والعملية وكانت نسبة ذكائها الكلى حوالى ٧٥ ،وهي نسبة تضعها في مستوى عقلي يكاد يكون أعلى من مستوى النقص العقلي الهامشي .وكانت نسبة ذكائها عند اختبارها في المدرسة قبل ذلك ٦٦ وشخصت على أنها حالة نقص عقلي هامشي .

التقويم :

لقد كان من الواضح عقب التحدث وقتا طويلا مع هيلين ووالديها أن عدم توفر التسهيلات الملائمة للتدريب ، ورعاية الوالدين الزائدة لها ، وشعورهما بالخجل لأن لهما ابنة متأخرة عقليا قد أدى إلى الفشل فى تنمية الكثير من إمكانيات هيلين للحصول على الارضاءات الاجتماعية والقيام بالانجازات البناءة . ويبدو أن هيلين نفسها كانت تتقبل قدراتها العقلية المحدودة أكثر من تقبل والديها لها ، وقد صرحت باستمتاعها بخبرتها كعاملة تقوم بغسل الأطباق . ولم تنعزل عن الناس وتصبح عداونية إلا بعد أن وجدت نفسها وقد حرمت من كل اشباع ترغب فيه ، وعلى الرغم من أن والديها كانا مستعدين لمنحها الحب والرعاية الا أنهما ، فيما يظهر ، كانا عاجزين عن إشعارها بتقبل الذات أو مساعدتها على أن تجد لنفسها مكانا فى المجتمع . ولم يكن من المثير للعجب أو غير العادى أن يؤدى احباطها المستمر فى النهاية إلى العدوان والانعزال .

ومن الواضح أنه كان من الممكن أن تعيش هيلين حياة سعيدة وبناءة أكثر مما كانت عليه ، وأنه كان من الممكن أيضا أن يعيش والداها حياة أسعد لو كانا ، هما والمجتمع أيضا ، أكثر تقبلا لها، ولو كانت هى بدورها أكثر تقبلا لنفسها ولقد أصبح مثل هذا التقبل أمراً ممكنا بعد أن أصبح أكثر وضوحاً لعامة الناس أن النقص العقلى يحدث نتيجة لاضطرابات عصبية خاصة أو لعدم وجود بيئة صحية مثيرة أكثر مما هو نتيجة لعيب وراثى. ومن الممكن فى حالات كثيرة زيادة مثل هذا التقبل ، على الأقل لدى أقرباء الشخص ، عن طريق استخدام العلاج النفسى المختصر معهم. وعادة يؤدى العلاج النفسى المباشر مع المتأخرين عقليا فى المستويات العليا إلى زيادة تقبلهم لأنفسهم . ومثل هذا العلاج فى معظمه ينحصر فى تقبلهم ، وتشجيعهم ، وتقديم المعونة التى يحتاجونها

لكى يتقبلوا أنفسهم ، ويقوموا بما يستطيعون القيام به دون خوف من النبذ أو النقد الإجتماعيين .

وقد جمع عدد من دارسى التأخر العقلى بعض المعلومات عن المهن التى يستطيع الأفراد من أعمار عقلية مختلفة القيام بها ، وهى تتضمن عدداً كبيراً عن المهن التى لا تحتاج إلى مهارة أو المهن التى تحتاج إلى مهارة بسيطة (شبه مهارة) . فالراشد (ذكر أو أنثى) والمتأخر عقليا الذى يبلغ عمره العقلى ثمان سنوات عقلية يستطيع أن يكون مساعداً للطلاء (الصباغ) ، أو أن يكون كاتب مخازن ، أو صانع سجاد ، أو أن يقوم بالعمل المنزلى ، أو أن يعمل على كثير من آلات المصانع ، أو أن يعمل ككواء فى محال تنظيف الملابس ، أما الراشد الناقص عقليا ، الذى يبلغ عمره العقلى تسع سنوات عقلية فإنه يستطيع أن يقوم بإصلاح الأحذية ، والعمل على بعض آلات الطباعة ، وكمساعد فى المزارع (بما فى ذلك تشغيل آلات المزارع) ، وتشغيل آلات العرض السينمائى ، وكطاه للوجبات السريعة ، وصناعة الخزف ، والتجميع فى المصانع . ويستطيع الراشد المتأخر عقليا الذى يبلغ عمره العقلى عشر سنوات عقلية أن يعمل كمساعد كهربائى ، أو مساعد عامل أدوات صحية (سباك) ، أو فى طلاء الخشب وتجهيزه ، أو كاتب شحن ، أو فى تشغيل آلات نسج الملابس الصوفية (التريكو) ، أو بائعة فى محلات الخردوات .

ومن الواضح أن هناك عدداً كثيراً من الوظائف المفيدة فى مجتمعنا لذوى القدرة المحدودة . بل قد يكون من الافضل أن يشغل هذه الوظائف مثل هؤلاء الافراد الذين يكونون أكثر رضاء بالاعمال الروتينية من ذوى القدرات العقلية الاعلى (الاكثر ذكاء) ، وفى كثير من الحالات ترجع صعوبات التوظيف إلى

توافق الشخصية والتدريب الملائم أكثر منها إلى عدم وجود وظائف يستطيع ناقصو العقل القيام بها على نحو مناسب .

وكلما زاد ما نكتشفه من أسباب النقص العقلى ، كلما أمكن تلافى حدوث كثير من الحالات ، وعلاج الحالات الاخرى فى وقت مبكر لتقليل نتائج الاضطراب . فاكتشاف النقص فى إفرازات الغدة الدرقية فى وقت مبكر وعلاجه عن طريق افرازات الغدّة الدرقية يمكن أن يحول دون حدوث الفصاع (القماءة . وفى كثير من الحالات الاخرى يستطيع السيكولوجيون الاكلينيكيون العمل ليس فقط فى تشخيص النقص العقلى بل فى إكتشاف الظروف المثلى للتعلم ، وما يستطيعون تعلمه . كما يستطيع الإكلينيكيون أن يقدموا العلاج النفسى لناقصى العقل بحيث يكون فى مقدور الكثير منهم أن يعيشوا حياة أكثر سعادة وأكثر إنتاجا .

قياس الفاقد فى اداء الوظائف العقلية :

مع إزدياد إهتمام السيكولوجيين بحالات المرض النفسى بين الراشدين (الكبار)، وانشغالهم بمشكلات تشخيص حالاتهم، بدؤا فى النظر فى إختبارات الذكاء ليروا ما الذى يمكن أن يجدوه بالإضافة إلى ما يدعون أنه مقياس للقدرة الموروثة .

كان الاعتقاد فى العشرينات والثلاثينات من هذا القرن أن من خصائص الذهان (الأمراض العقلية) أو الجنون ، تدهور أو فقدان القدرة العقلية . وأنه كلما طال أمد مرض الفرد وزادت خطورته كلما إزداد التدهور الذى يعانى منه . ومن المهم فى تشخيص درجة الاضطراب النفسى ومدته أن يكون الاكلينيكى قادراً على تحديدما إذا كان مستوى قيام المريض بوظائفه العقليه قد انخفض عن مستواه السابق .

وقدتبين من ملاحظات السيكولوجيين فى مختلف المؤسسات بعض الفروق العامة فى أنواع الإستجابات التى يقوم بها الأشخاص الذين كانوا يؤدون وظائفهم بكفاية أكبر أو مستوى عقلى أعلى قبل إصابتهم بالذهان ، وتلك التى يقوم بها الذين لم يكونوا يؤدون وظائفهم بكفاية أكبر قبل إصابتهم به . ومن هذه الفروق أن الذين فقدوا بعض قدراتهم كانوا بوجه عام قادرين على الأداء على نحو أفضل فى الاختبـــارات التى تنطوى على معرفة راسخة فى الماضى مثل للمفردات أو بعض أنواع معينة من المعلومات ولكن أداءهم كان أقل فى الاختبارات التى تتضمن درجة كبيرة من التركيز والتعاون فى أثناء الإجابة — أى فى حل المشكلات الصعبة ، وتعلم أشياء جديدة ، أو تذكر بعض المثيرات المباشرة مثل سلاسل الأرقام أو العبارات ، كما أن أداءهم كان أقل فى الاختبارات العملية بوجه عام وخاصة عندما كان عامل السرعة يؤثر فى التصحيح . وقد وضع فريدريك ولز Frederick Wells فى وقت مبكر اختبارات خاصة لقياس نواحى الاختلاف الذى يحدث فى القيام ببعض الوظائف ، فوضع مقياسا للذاكرة قام بمراجعته فيما بعد دافيد وكسلر David Wechsler وفيما بعد وضع والتر شبلى Walter Shipley إختباراً يقابل فيه بين أداء الفرد فى إختبار للمفردات يختار فيه الشخص الإجابة الصحيحة من بين الإجابات متعددة ، وأدائه فى سلسلة مسائل تفكير قائمة على القياس التمثيلى تتزايد فى الصعوبة .

وعلى الرغم من أن من الممكن أن نبين أن معظم هذه التعميمات يصدق على العينات الكبيرة إلا أن هناك تضارباً فيما يتعلق بالأفراد . وقد أجريت عدة محاولات لمقارنة الاختبارات الفرعية أو المقاييس الفرعية لبعض المقاييس مثل مقياس وكسلر للذكاء الذى وصفناه سابقاً ، ولتقسيم إختبار ستانفورد بينيه إلى أنماط من الاختبارات الفرعية ، على أمل اكتشاف نمط أو صفحة نفسية

(بروفيل) للاختبارات الفرعية مميزة لانواع الاضطرابات المختلفة . وقد شعر بعض السيكولوجيين أن نماذج خاصة للإختبارات الفرعية يمكن أن تميز اضطرابات عقلية معينة ، ولكن البحث لم يؤيد وجهات النظر هذه بصورة عامة . إن ما يبدو أنه النمط الاهم هو أنه فى أى نوع من أنواع المرض ، المؤقت أو الدائم، الذى يؤدى إلى ضعف فى القيام بالوظائف العقلية ، يكون إحتمال كشف الإختبارات التى تحتاج إلى الانتباه والتعاون والجهود والدافعية والتركيز عن هذا الضعف أكبر من إحتمال كشف تلك الاختبارات التى تعكس تعلما أقدم وأرسخ عنه .

وقد اعتمد حتى وقت قريب على السيكولوجيين للمساعدة فى تقرير وجود تلف فى أنسجة المخ أو عدم وجوده . وحديثاً نسبياً استطاع المختصون فى الاعصاب والاطباء تطوير أساليب فسيولوجية أدق لتحديد التلف الذى يحدث لمناطق الترابط فى المخ . ولهذا كان من الصعب كل الصعوبة فى حالات كثيرة تحديد ما إذا كان المريض مصابا بما يطلق عليه اضطراب « وظيفى » ، أى اضطراب لا تعرف فيه أية أعراض مرضية جسمية أو فسيولوجية ، أو بتلف حقيقى فى الجهاز العصبي . وكان من الضرورى غالباً الإنتظار وقتاً طويلا للوصول إلى هذا التشخيص الفارق (المميز)، لدرجة أنه كان من الصعب إتخاذ إجراءات لمساعدة المريض . ولمعالجة هذه المشكلة دعى السيكولوجيون لاستخدام إختباراتهم لتمييز المرضى الذين كان أداؤهم للوظائف العقلية ناشئاً عن تلف أو أصابة فى المخ، عن المرضى الذين ظلوا على نفس مستواهم الحالى طوال حياتهم . وقد استطاع السيكولوجيون بوجه عام أن يقوموا بهذا التمييز بدرجة مقبولة من النجاح إذا كان سلوك المريض لا يشبه سلوك المرضى المضطربين « عقليا » ، ولكنهم وجدوا أن فصل المرضى الذين كان النقص فى قدرتهم راجعاً إلى الظروف الوظيفية (الذهان أو الجنون) صعب بدرجة كبيرة جداً عن المرضى الذين كان سلوكهم

يتميز بالشذوذ أو بالغرابة أو بالتبلد الإنفعالى أو عدم القدرة على الـكلام أو رفضهم للـكلام كنتيجة لتلف فى المخ .

والبحث الذى قامت به آن ماجاريت Ann Magaret مثال للبحوث فى نماذج الاختبارات ، وقد قارنت فيه بين درجات الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين لثمانين مريضا شخصوا على أنهم فصاميون (ذهان وظيفى) بدرجات أربعين مريضاً شخصوا على أنهم ذهانيون مصابون بالشلل العام (وهو ذهان مرتبط بتلف أنسجة المخ) . وقورنت نماذج درجات الاختبارات الفرعية للفئتين بنماذج درجات ٢١٠ شخصا من الأسوياء من نفس مدى السن أخذوا من العينة التى قنن عليها وكسلر .

والجدول رقم ٢ يبين متوسط درجات كل مجموعة فى كل اختبـار من الاختبارات الفرعية ومرتبة كل اختبار فرعى من الأعلى (١) إلى الأدنى (١١) لتوضيح الفروق فى نمط القـــدرات . ومن المحتمل أن عينة المرضى كانت أقل بعض الشىء فى القدرة العقلية قبل بدء الاضطراب (المرض) .

ومن الممكن أن نلاحظ أن هناك فروقا كبيرة فيما يتعلق بمستوى الدرجات العام للمجموعات الثلاث . وعلى الرغم من أن مجموعتى المرضى كانتا أقل بعض الشىء فى القدرة العقلية قبل حدوث المرض ، إلا أن من الواضح أن المرض تسبب فى نقص خطير فى أداء الوظائف العقلية ، مع ملاحظة أن المرضى المصابين بتلف فى أنسجة المخ (المصابين بالشلل العام) هم الذين عانوا أكثر من مرضى الفئة الأخرى (الفصاميين) .

ويمكن أن يلاحظ أيضا أن مدى الفروق بين متوسطات الاختبـارات الفرعية كانت فى مجموعتى المرضى أكبر منها فى مجموعة الأسوياء . وإذا نظرنا إلى

جدول ٢ — يبين متوسطات الدرجات فى الأختبارات الفرعية لاختبار وكسلر – بلفو لذكاء الراشدين ومراتبها لمجموعتين من المرض ومجموعة معيارية.

الاختبار الفرعى	الفصاميون عدد = ٨٠ المتوسط	الفصاميون المرتبة	المصابون بالشلل العام عدد = ٤٠ المتوسط	المصابون بالشلل العام المرتبة	الأسوياء عدد = ١٢٠ المتوسط	الأسوياء المرتبة
المعلومات	٨ر١	٢	٦ر٣	٢	٩ر٨	٢
الفهم	٦ر٠	٧	٥ر٥	٤	٩ر٧	٣
الحساب	٥ر٤	٩ر٥	٤ر٠	١١	٩ر٢	٨
الأرقام	٦ر٦	٦	٤ر٦	٨	٨ر٩	١١
التشابه	٦ر٨	٥	٤ر٤	٩	٩ر٥	٤
المفردات	٨ر٥	١	٧ر٢	١	٩ر٨	١
تكميل الصور	٥ر٨	٨	٥ر٦	٣	٩ر٣	٦
ترتيب الصور	٥ر٤	٩ر٥	٤ر٨	٧	٩ر٠	١٠
تجميع الاشياء	٧ر٤	٣	٥ر١	٦	٩ر٢	٨
رسوم المكعبات	٧ر٢	٤	٥ر٢	٥	٩ر٤	٥
التعويض	٥ر٢	١١	٤ر١	١٠	٩ر٢	٨
متوسط الإختبارات الفرعية الاحدى عشر	٦ر٦		٥ر٢		٩ر٥	

From Ann Magaret, «Parallels in the Behavior of Schizophrenics, Paretics, and Presenile Nonpsychotics» *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 37 (1942) 511– 28, by Permision

نموذج متوسطات درجات لاختبارات الفرعية كما هو واضح من المراتب التى حصلت عليها فاتنا نجد أن عينتى المرضى متشابهتان تماما ، إذ أن أفضل متوسطين لدرجات المجموعتين فى الاختبارات الفرعية ، وأسوأ متوسطين لهما هما لنفس الاختبارات الفرعية ، على الرغم من أن إحدى المجموعتين كانت تشكو من من اضطراب دون أى تلف عضوى معروف ، فى حين أن الأخرى كان من المعروف أنها مصابة بتلف خطير فى أنسجة المخ . وفى كلتى الحالتين كان اختبارا المواد الراسخة التعلم (وهما المعلومات والمفردات) أفضل نسبيا ، أما الاختبارين اللذين يتطلبات تركيزاً وسرعة ومجهوداً (وهما الحساب والتعويض) فكانا أقل الاختبارات .

وتشير هذه النتائج وغيرها إلى أن السيكولوجى الإكلينيكى يمكن أن تكون له قيمة فى الكشف عن وجود أعراض مرضية فى وظائف المخ ، وفقدان القدرة العقلية كنتيجة لاضطرابات خطيرة غير عضوية . ولكن عندما تكون أعراض المريض بمرض عضوى شبيهة بأعراض المريض بذهان وظيفى ، كما فى حالة الشلل العام ، فان السيكولوجى ينبغى أن يكون أكثر حذراً فى النتائج التى يصل إليها . وفى مثل هذه الحالات ، إذا اعتبرت اختبارات السيكولوجيين مجرد مؤشرات لفحوص عصبية أدق ، أكثر منها دلالة على اضطراب عقلى عضوى ، فان استخدام مثل هذه الإختبارات يمكن أن يكون ذى أهمية كبيرة .

الفصل الرابع

التشخيص +

يذكر جوردن البورت Gordon Allport أنه يوجد الف وثمانمائة مصطلح فى اللغة الانجليزية يمكن استخدامها فى وصف الخصال المميزة لسلوك الفرد أو الشخصية [1] ويستخدم عدد كبير من هذه المصطلحات فى وصف السلوك الشاذ أو غير العادى أو السيكوباثولوجى (المرضى النفسى) ومن الواضح أن السيكولوجى الاكلينيكى ، إذا ما بدأ فى وصف خصال الأفراد الثابتة والعامة نسبياً ، فإنه يجد نفسه بازاء عدد ضخم من المفاهيم التى يمكنه استخدامها ، ولكن كيف ينتقى من بينها ما هو جوهرى ، وهام وله قيمة ؟ وإذا كان عليه أن يطبق اختباراً واحداً فقط . فهل ينبغى أن يقيس هذا الاختبار الأمانة ، أو البشاشة ، أو العدوان الكامن نحو الآخرين ، أو القدرة على معالجة المشكلات على أسس ذهنية (عقلية) ، أو الإندفاعية ، أو التفاؤل أو الميل الإجتماعى ، أو غير ذلك من المفاهيم ؟ الواقع أنه إذا توفر له

(+) جاء فى الأصل تشخيص الشخصية وقد استبعدت كلمة الشخصية نظراً لثقلها على السمع وكان من الممكن استخدام تقويم الشخصية لولا ما ينطوى عليه هذا من تغيير فى المصطلح الذى استخدمه المؤلف وما قد ينطوى عليه من مفهوم معين . فالتشخيص أصلا مصطلح طبى استخدم فى علم النفس الاكلينيكى وذلك حين كان الاتجاه الطبى سائداً وفى مستخدما بعد ذلك رغم محاولات البعض استخدام مصطلحات جديدة منها التقريم والتقدير (المترجم) .

(1) *Personality: A Psychological Interpretation* (New York: Holt, Rinehart, & Winston, Inc., 1937).

الوقت ، وأتيحت له الفرصة لأن يحاول تقويم خمسين خاصية عن طريق القياس والوسائل الأخرى ، فإنه يظل يواجه مشكلة أي خمسين خاصية يختارها من بين مئات الخصائل المختلفة التي تصف السلوك أو الشخصية .

والإجابة عن هذا السؤال هي أن أي سيكولوجي اكلينيكي يأخذ مفاهيمه عن نظريات الشخصية أو المرض النفسي (السيكوباثولوجيا) . وفي بعض الأحيان توصف هذه النظريات وصفاً يتميز بالعناية والوضوح ، فتحدد المسلمات التي تتضمنها هذه النظريات كما تحدد المصطلحات الواردة تحديداً دقيقاً ، وفي بعض الأحيان الأخرى تتكون النظريات خلال فترة من الزمن فلا تتضح إطلاقا المسلمات التي تقوم عليها ، ولا تتحدد تعريفات المصطلحات أبداً . ولكن مع ذلك فإن هذه النظريات أيضاً قد تتضمن ما يشير إشارة محددة إلى ماهو رئيسي بالنسبة لدراسة الشخصية أو المرض النفسي . ومن بين نظريات هذا النوع الأخير تلك النظرية التي نادراً ما اتضحت مسلماتها ولكنها سيطرت في وقت ما على تفكير الذين يعملون في ميدان السلوك الشاذ (غير السوي) ، والتي تأخذ بمنهج البحث الذي يرى في السيكوباثولوجيا (أمراض النفس) وجوداً قائماً بذاته .

ومن المفيد قبل أن ننتقل إلى مناقشة المناهج التي يستخدمها السيكولوجيون في قياس الشخصية أو التشخيص أن نناقش أربع مجموعات كبيرة من نظريات الشخصية وهي التي قدمت عدداً كبيراً من المفاهيم التي يستخدمها السيكولوجيون الاكلينيكيون على نحو متميز . (٢)

---

(٢) من وجهة نظر أخرى مختلفة بعض الشيء لبعض مناهج البحث هذه ووجهات النظر الأخرى التي تتجه خاصة لمشكلات علم النفس الاكلينيكي أنظر في هذه السلسلة كتاب :
Richard S. Lazarus, *Personality*

منهج البحث فى المرض النفسى باعتبار ان له وجودا قائما بذاته :

، كان ينظر فى القرون الوسطى إلى الأفراد الذين يتصف سلوكهم بالغرابة أو الشذوذ أو انعدام التعقل أو الفهم على أنهم واقعون تحت سيطرة الشياطين والأرواح ، ولتخليصهم من هذه الأرواح الشريرة كانوا يعذبون ، وأحياناً يحرقون على أنهم سحرة . وبالتدريج ظهر اتجاه إنسانى نحو هـذا السلوك المنحرف اجتماعياً ، وبذل المثقفون جهوداً قوية لفهم مثل هذه الانحرافات بدلا من تعقب أصحابها . وحاول أطباء القرن التاسع عشر أن يبثوا فى الأذهان أن هـذه الانحرافات ليست سوى أمراض وأن المصابين بها ينبغى أن ينظر إليهم على أنهم مرضى ، لا ينبغى أن ندينهم . وعنـدما بدأت عملية وصف طبيعة هذه الأمراض الأساسية كان من الطبيعى أن يطبق المنهج الطبى على الاضطرابات السيكولوجية . وكما هو الشأن فى أنواع الأمراض الأخرى فقد افترض أولا أن كل فرد كان يعانى من اضطراب معين خاص ، تـكشف عنه الأعراض التى تبدو فى السلوك الذى نلاحظه ، وأن تجمعات هذه الأعراض تحدد المرض الأساسى الذى يـكمن وراءها . وعلى ذلك كانت النظرة السائدة هى أن الأمراض العقلية مثل الأمراض الجسمية تتميز بنمط معين من الأعراض ينطبق على معظم المصابين بها ، كما هو الحال فى النقرس (داء الملوك) ، أو الاضطرابات التى تحدث فى وظائف المرارة ، أو أورام المخ ، أو انفجار الزائدة الدودية الملتهبة ، أو إصابة الرئتين بعصويات السل . ومع تراكم أوصاف « الأمراض » بدأت تظهر محاولات وضع تصنيفات عامة شاملة بلغت أوجها فيما قام به أميـل كرايبلين Emil Kraepelin فى الجزء الأخير من القرن التاسع عشر . فقد وضع كرايبلين ، وهو طبيب ألمانى حصل على تدريب فى علم النفس ، تصنيفاً دقيقاً ومنظما للاضطرابات العقلية التى جاء وصفها

آنذاك فى المؤلفات الفرنسية والألمانية .

وكان التقسيم الأول لكرايبلين هو تقسيم الاضطرابات إلى اضطرابات عضوية (داخلية النشأة) واضطرابات وظيفية (خارجية النشأة) . ففى حالة الاضطرابات العضوية افترض أن المرض النفسى يرتبط بمرض جسمى أو فسيولوجى معروف ، أما فى حالة الاضطرابات الوظيفية فلا يعرف مثل هذا الارتباط بمرض جسمى أو فسيولوجى فى وقت المرض . وينبغى أن يكون واضحا أنه فى هاتين الحالتين لا يصف وجود المرض الجسمى فى حد ذاته اضطرابا سيكولوجياً . وأن هذا الاضطراب إنما يوجد فى الطريقة التى يفكر بها الفرد أو يسلك ، ولكن فى بعض الحالات نشعر بأن الإصابة قد نشأت عن مرض عضوى معروف أو ارتبطت به ، وكثيراً ما افترض المصنفون الأوائل هذه الأمراض العضوية على أساس شواهد محددة ، ومنذ ذلك الوقت حدث أن نقل بعض الاضطرابات من أحد الأقسام الكبرى التى قال بها كرايبلين إلى قسم آخر نتيجة التوصل إلى معلومات جديدة .

وعلى الرغم من أن المخطط التشخيصى الذى قال به كرايبلين قد تغير وأصبح أفضل وأكثر دقة على مر السنين إلا أنه لا يزال المخطط التصنيفى الأساسى الذى يستخدمه الأطباء العقليون وإلى حد كبير السيكولوجيون المختصون فى الشذوذ . ويشار إليه أحيانا على أنه نظام التصنيف الطبى العقلى أو التصنيف السيكياترى للأمراض .

أن مبادىء التصنيف الأساسية لمخطط التشخيص المستخدم فى الوقت الحاضر متنوعة وغير منظمة نسبيا فبعض الاضطرابات لا تحددها أعراضها بالقدر الذى تحددها أسبابها المفروضة ، وخاصة الذهانات العضوية

كالذهان الناشيء عن التسمم من جراء تناول العقاقير . وبعض الاضطرابات الأخرى ، تحددها أعراضها بصورة كلية تقريبا ، ففي العصاب المستيرى مثلا يشعر المريض بفقدان وظيفة عضوية من وظائف أعضاء الجسم الحسية أو الحركية (العضلية) . ويتحدد بعض الأمراض بما ينشأ عنها فيما بعد (بالتنبؤ) ، فمن المفروض مثلا احتمال استمرار الفصام لفترات أطول من الفترات التي يستمر فيها الاكتئاب (الانقباض) . وفي هذه الحالة فإن طول مدة المرض نفسه تستخدم كأساس من أسس التصنيف .

ومن أمثلة الأضطرابات العضوية ، أو اضطرابات التفكير أو الفعل التي ترتبط بالشذوذ السيكولوجى : الأورام ، وأضطرابات المخ التدهورية ، والتسم بالعقاقير ، وأصابات الجهاز العصبي المركزى بلولبيات الزهرى (الشلل) ، والإصابات الناشئة عن إصابات المخ من قبل بعض الأمراض كالتهاب المخ (ما يعقب التهاب المخ) . وتتباين الأعراض فى هذه الأضطرابات تباينا شديدا ، متضمنة الهذاءات والهلوسات . وفى بعض الحالات قد تظهر الأعراض بمظهر التفكير الغريب مسببه بذلك الخطأ كما هو الشأن فى حالات الآفيزيا التى تصاب فيها وظائف اللغة بالأضطراب . وفى هذه الحالات إما أن يكون الفرد عاجزا عن فهم اللغة أو تفسيرها ، أو أن يكون غير قادر على أن يعبر عن أفكاره الخاصة ، ومثل هذه الاضطرابات ، التى ترتبط عادة بنوع من التلف فى مناطق الترابط فى المخ ، قد تعطى أحيانا مظهر الاضطرابات العقلية (السيكياترية) أو لا يرتبط مثل هذا السلوك بأى مرض عضوى معروف .

والاضطرابات الوظيفية تنقسم إلى ثلاث مجموعات كبرى ، منها مجموعة الذُهانات (جمع ذُهان) . ومفهوم الذهان يعادل تقريبا الاستخدام الشائع للجنون والمريض الذى يشخص على أنه مصاب بالذهان يفقد عادة حقوقه المدنية ، ويجوز

ايداعه إحدى المستشفيات دون الحصول على موافقته . ونظرا لما ينطوى عليه هذا المصطلح من مضامين قانونية كان لتشخيص الذهان نتائج عملية هامة . ومع ذلك فإن صياغة تعريف للذهان ليس بالأمر السهل . والذهان ، بوجه عام يتضمن تشويها فى البيئة (التى يوجد بها المريض) ناشئا عن الشذوذ الذى يصيب التفكير ، والإدراك ، والاستجابة الانفعالية ، ويكون هذا التشويه بدرجة كافية بحيث يعتبر المريض غير قادر على أن يهتم بأموره بطريقة ملائمة، وقد يشكل خطرا على نفسه أوعلى غيره . والفصام (الشيزوفرينا) هو الاضطراب الذهانى الوظيفى الذى يفترض فيه أنه أكثر انتشارا فى ثقافتنا من غيره . وهو يتميز بالهذاء ، والهلوسة ، والسلوك الانسحابى الواضح ، والتفكير الخلطى أوغير المعقول ، وعدم القدرة على الاستجابة الانفعالية الملائمة . ويطلق على الاضطرابات الشديده فى رد الفعل الانفعالى ذهان الهوس- الاكتئاب، ويبدو المظهر الهوسى فى الاستثارة الشديدة ، فى حين أن المظهر الاكتئابى يبدو فى الحزن وفى العزيمة المثبطة غير الملائمين . ويعتبر الاكتئابيون معرضين لخطر الانتحار بدرجة شديدة . والاضطراب الذى يتميز بأفكار(هذاءات)الاضطهاد المنتظمة فيما بينها لدرجه أنها قد تبدو معقولة فيما عدا الافتراضات الأساسية التى بنيت عليها ، هو مانطلق عليه البارانويا . والاكتئابات والأعراض الخطيرة الأخرى التى تحدث فى أواخر الحياة ، والتى يبدو ظهورها مصادفة تقريبا مع فترة الانتكاس Involutional Period سبق أن وصفت بأنها ميلانخوليا انتكاسية (ارتدادية) .

والمجموعة الثانية الكبرى من الاضطرابات الوظيفية تشمل العُصابات (جمع عُصاب) . وعلى الرغم من أن المريض فى هذه الحالة يكون تعسا ، سىء التوافق ، وشاذا أحيانا فى سلوكه ، إلا أن التشويه الذى يصيب الواقع فى نظره

ليس بالضخامة التي يكون عليها في الذهانات ، ويستطيع العصابي أن يواجه عادة المظاهر المختلفة في البيئة التي يعيش فيها . والفقرة المقتبسة التالية تساعد على تمييز « العصابي » من « الذهاني » .

« ... وفي بعض الأحيان قد يكون العصابيون عاجزين بدرجة خطيرة تماما (كالذهانيين) ، ولكن الأضطرابات في حياتهم النفسية أقل شدة ، ولاتبدو على الشخصية علامات الانحلال الكامل ، فهم عادة أكثر توجيها (أدرا كا) للمكان ، والزمان ، والأشخاص . وعلى الرغم من أن استبصارهم لايمكنهم من فهم أسباب صعوباتهم ، إلا أنهم قادرون على ادراك حقيقة وجود هذه الصعوبات . وعلى الرغم من أن استغراقهم في الخيال قد يكون مبالغا فيه ، إلا أنهم قادرون على التمييز بين الواقع والوهم . »وأخيرا فانهم لايعانون من انحلال الشخصية الشامل الذى تبدو فيه الهذاءات والهلوسات(٣) .

وفي العصاب النفسي فدتوجد الأعراض في المخاوف المبالغ فيها ، والأفكار المتسلطة التي تعاود الفرد بقدر كبير من المثابرة ، والآراء الخاصة المتعلقة بالسلوك الجنسي التي تتعارض مع التوافق الجنسي السوى ، وظهور الشكاوى الجسدية التي ليس لها أساس فسيولوجي واضح (التعب ، الضعف ، الصداع ، الشلل ، فقدان الأحساس وغير ذلك) . وقد تشمل الأعراض الأخرى على سبيل المثال ، مشاعر عدم المواءمة المبالغ فيها ، والخجل البالغ ، والقلق ، والشعور بالتوتر المستمر .

والمجموعة الثالثة الكبرى من الاضطرابات الوظيفية هي الشخصيات

(3) From G. W. Shaffer and R. S. Lazarus, *Fundamental Concepts in Clinical Psychology* (New York: Mc Graw- Hill Book Conpany (1952), p. 292, by permission.

السيكوباتية ، وكان المعتقد فى الأصل أنها جبلية ، أى أنها أصلا وراثية فى طبيعتها ، وهى تتميز عادة بالسلوك غير الأخلاقى أو المعارض لمستويات المجتمع. وعلى الرغم من أن القليلين فى الوقت الحاضر يعتبرون أن هـذا النوع من الاضطرابات وراثى ، إلا أنه لا يزال حتى الآن يستخدم فى وصف نماذج السلوك الثابتة بدرجة عالية والتى من العسير تغييرها . ويضم هذا النوع من الاضطرابات معتادى الاجرام ، ومدمنى الخمور ، والمتعودين على تناول العقار ، والمنحرفين جنسيا ، والذين يبدون (وأحيانا بطريقة خادعة) كأنما لاتربطهم بغيرهم من أفراد مجتمعهم مشاعر عامة . ومنهج البحث فى وصف الشخصية أو تشخيصها عن طريق مثل هـذا التخطيط التصنيفى يتضمن بالضرورة قياس الخصال أو الأعراض السائدة فى الاضطرابات المختلفة . ولذلك ينبغى وضع الاختبارات التى تحدد ما إذا كانت تفكير الفرد معقولا ، وما إذا كان يعانى من الملوسات والهذاءات ، وما إذا كانت استجاباته الانفعالية سوية ، وغير ذلك : مثل هذه الملاحظات قد تسهل التشخيص . وعلى الرغم من أن السيكولوجيين والسيكياتريين أصبحوا مدركين الآن لنقائص هذا المنهج إلا أنه لا يزال ذا أثر كبير فى تحديد أوجه النشاط التى يقوم بها السيكولوجى الاكلينيكى فى كثير من المؤسسات . ومن الممكن أن نلخص باختصار بعض نواحى القصور هذه على النحو التالى :

١ — أنه منهج بحث عام فى وصف الشخصية لا يفسر الفروق الفردية فى المجموعة الكبيرة من الاسوياء . فمناهج البحث التى تهدف إلى وصف مثل هؤلاء الأفراد لاتزال قاصرة على وصف ميلهم إلى السلوك النفسى المرضى تاركة للآن المظاهر الأساسية فى شخصياتهم .

٢ — والحقيقة القاطعة هى أن الصور التى تظهر عليها الأعراض لاتندرج

تحت نماذج أومجموعات واضحة ، وأن هناك تداخلا كبـــيرا فى أعراض الاضطرابات المختلفة . وأن كثيرا من الأفراد يمثلون خليطا من الاضطرابات المختلفة كما يمثلون اضطرابا واحد فقط . وكنتيجة لهذا لايكون التشخيص ثابتا إلى حد كبير ، أنه يتغير مع مرور الوقت ، ومن الممكن أن يختلف ، بصررة ملحوظة ، باختلاف القائمين بالتشخيص .

٣ — ومع ازدياد فهمنا للخبرة التى تقع وراء السلوك المرضى فقد أصبح من الواضح فى الوقت الحاضر أن الأفراد المختلفين قد تتكون لديهم نفس الأعراض لأسباب مختلفة ، كما أن الأفراد الذين يعانون من نفس الصعوبات (كما هى مفهومة فى حدود الأسباب المرضية التى تؤدى اليها) قد تتكون لديهم أعراض مختلفة كثيرة . وبعبارة أخرى ، أن النموذج المرضى الذى أخذ عن الطب لايتلاءم ببساطة مع ميدان الشذوذ السيكولوجى . أن الدليل قوى فى علم النفس الشاذ على أننا نتناول نتائج خبرات الإنسان وليس نتائج عمليات مرضية .

٤ — أن منهج الدراسة العام للتشخيص يبدو عقيما كل العقم فى المسائة عام أومايقاربها منذ أن أدعى أن هذه الوحدات الشخصية قد حددت ووصف ، كان من الصعب تماما ، وخاصة فى حالة الاضطرابات الوظيفية ، أن نجد أية طرق علاجية ملائمة لكل تشخيص . أى أن التصنيف يبدو أنه وضع بقصد التصنيف فقط ، وأن العلاج النوعى لكل اضطراب معين أمر يعوزنا بكل بساطة .

منهج البحث وفقا للمكات والانماط والسمات :

رغم أنه ليس من العدالة ، إلى حد ما ، أن نضع منهج البحث الحـــديث

الشخصية جنبا إلى جنب مع المناهج التى عفى عليها الزمن ، والقائمة على أساس الملكات العقلية ، أو أنماط الشخصية ، إلا أن من الأرجح أن منهج البحث للسمات قد ظهر نتيجة هـذه المناهج المبكرة ، وأنه لايزال يشاركها بعض الخصائص .

سيكولوجية الملكات :

من الممكن أن نصف الملكة على أنها قدرة فطرية « للعقل ككل » ، أى أنها خاصية أو صفة عامة للإنسان . وتعتبر كل ملكة ذاتا مستقلة (أو كيانا مستقلا) على الرغم من إمكان تأثرها بالملكات الأخرى وتأثيرها فيها . فالفرد قد لا ينمى أو يطور ملكة ما ، ولكنه ، من الناحية الأخرى ، ينميها أو يطورها إلى أقصى حد يمكن أن تسمح به الطبيعة (أو الوراثة) .

ونادرا ما نظر إلى نظرية الملكات على أنها على أنها مذهب محدد تحديدا دقيقا . وعلى الرغم من أن قلة من علماء النفس الحديثين يتمسكون بها ، إلا أن الكثيرين مازالوا متأثرين بمفاهيمها . ويختلف سيكولوجيو الملكات أيضا فى درجة تأكيدهم لنظرية الملكات ، وفى درجة تمسكهم بتأثير بعضها فى البعض الآخر . ويختلف كل منهم أيضا فى درجة اهتمامه بخصال العقل العامة والفروق الفردية . وحتى عندما يبدو أن الاهتمام المباشر لأى باحث فى سيكولوجية الملكات هو تعريف ملكة جديدة من ملكات العقل فقط . فإن الفرض الأساسى هو الوصول إلى متغير يمكن به مقارنة الأفراد بعضهم ببعض .

وثمة تصنيفات عدة لملكات العقل تبدأ من عهد الأغريق الأوائل . فالإدارة ، والتفكير ، والحكمة ، والتقليد ، والحب ، والرحمة ، والزهو هى بعض المفاهيم الكثيرة الخاصة بالملكات التى ظهرت فى وصف خصال الفرد على

من العصور . وهي ترتبط بقوائم الغرائز (مثل التجمع والتقليد والعطف والسيطرة) التي كانت شائعة في أوقات متباينة .

وقد نتساءل ما الخطأ في سيكولوجية الملكات ، إذا كان ثمة خطأ ، إذ أن هذه المصطلحات والمفاهيم ما كانت لتستمر إذا لم تكن مفيدة . أن النقد المعتاد لمنهج البحث وفقا لنظرية الملكات هو أنها تفسر (الظواهر) بالتصنيف فالإجابة عن السؤال لماذا يدرك الفرد الألوان ، أو يستخدم الآلات ، أو يتذكر الأرقام ؟ هي لأن لديه إدراكاً للألوان ، وقدرة ميكانيكية ، وذاكرة . وفي ميدان الفروق الفردية يصبح الجواب هو أن لديه من الملكة أكثر أو أقل من المتوسط . ومن الواضح أن هناك عنصرا عاما بين تذكر الأرقام ، وتذكر الأسماء ، وتذكر الدروس (رغم أنها في الحقيقة أبعد من أن تكون علامة تامة) مما يسمح بشيء من التنبؤ بمفهوم للذاكرة في سبيل بعض الأغراض العملية . ولكن هناك خطرا كبيرا عندما يستخدم مثل هذا التكوين الوصفي في مكان تفسير أو وصف أكل الظروف التي يحدث فيها فعل ما ، إذ أن المعلومات الأخيرة تسمح بالتنبؤ والضبط ، ولا تسمح بذلك المعلومات السابقة . فالأمانة مثلا ، كملكة لا تتفق مع ذلك الرأي ، فقد ثبت ببرهان مقنع الأمانة في موقف ما يمكن أن تكون غير مرتبطة اطلاقاً بالسلوك في موقف آخر .

وربما كان النقد الأهم السيكولوجية الملكات هو أنها تجعل من المظاهر التكوينية للسلوك ذواتا مستقلة . وهذه الذوات تعالج كما لو كانت مستقرة ، في داخل الفرد ، ويضيع كثير من الجهد في سبيل تحديدها ، وتصنيفها ، ووضع اختبارات لقياسها بدلا من وضع اختبارات لحل المشكلات العملية مثل كيف ندرب الناس على أن يصدروا أحكاماً صحيحة ، أو كيف نقي من الاضطرابات

العقلية ونماذجها . أنها فلسفة ستاتيكية يفسر فيها السلوك على أساس ذوات مستقلة نسبيا توجد داخل الفرد ، بدلا من أن يفسر على أساس فرد منظم تنظيما معقدا فى تفاعل مع محيط هو الآخر منظم تنظيما معقدا .

نظريات الأنماط :

نظرية الأنماط نظام لتصنيف الافراد إلى فئات أو أنماط عريضة جدا . ونظريات الأنماط تحاول — مشتركة فى ذلك مع منهج الدراسة وفقا لنظرية الملكات — أن تتنبأ بالسلوك دون حاجة إلى وصف المواقف البيئية التى هى مجال للسلوك ، فهى تفسر على أساس خاصية الفرد الداخلية غير المتغيرة نسبيا ، ونظريات الانماط أكثر اعتمادا من نظريات الملكات على افتراضات وراثية أو جبلية ، إذ يفترض أن الفرد يسلك بالطرق التى يسلكها بسبب الخصال الموروثة ، أو الخصال الجبلية المحتمل أن تكون إلى حد كبير ، أموراً موروثة .

أن نظريات الانماط نظريات استاتيكية بمعنى أنها تفتقر إلى مبادىء تصف آثار التفاعل بين الفرد والبيئة . وهى نظريات ستاتيكية أيضاً بمعنى إنها تميل لأن تقدم تفسيراتها على أساس الخصال التى لا تتغير نسبيا ، وليس على أساس السلوك للتعلم والقابل للتغير . والخاصية الثالثة المحددة لنظريات الأنماط هى العدد المحدد للمفاهيم الوصفية الذى تستخدمه . فنظريات الانماط التى يحاول أن تفسر السلوك بتصنيف الافراد فى نمطين أو ثلاثة أو أربعة أو حتى فى سبعة إنماط أساسية — كما فى رأى أ. ج. روزانوف A. J. Rosanoff — هى نظريات محددة كل التحديد فيما يتعلق بقدرتها على وصف السلوك الإنسانى المعقد والتنبؤ به .

وعلى الرغم من ازدهار نظريات الانماط منذ عهد الاغريق الأول أن مفاهيم نظريات الانماط فى علم النفس فى الوقت الحاضر تتأثر تأثرا كبيرا بالمدرسة الفرنسية التى تتمثل فى مؤلفات لويس روستان Louis Rostan عام ١٨٢٨ ، وكذلك فى مدرسة ارنست كريتشمر Ernst Kretschmer الألمانية التى تابعت فى نظريتها فى الانماط نظرية روستان بدقة ، وهى كنظرية قامت أولا على أساس الخصال الجسمية مثل نظرية روستان ، إذ صنف روستان الأفراد فى الانماط الهضمية ، والعضلية والتنفسية ، والمخية ، وهذه الانماط تقابل إلى حد كبير أنماط كريتشمر ، البدين ، والرياضى ، والرياضى الواهن ، والواهن (أنظر مناقشة شلدون التالية) . وحتى حين تتضمن نظرية الانماط إمكانية أن شيئا ما يوجد بقدر أكبر أو أقل بحيث أن فردا ما يوجد فى موضع ما على امتداد سمة واحدة ، أو أن يوجد على مواضع متعددة لامتدادات عدة سمات ، فإننا لانزال أيضا فى مواجهة طريقة ضيقة ومحدودة وبدائية فى وصف السلوك الإنسانى .

وتظهر التطورات الحالية لنظريتى الانماط لكل فى روستان وكريتشمر على أفضل نحو فى مولفات وليم هـ . شلدون (٤) William H. Sheldon وعلى الرغم من أنه شلدون وضع نظرية من أكثر نظريات الانماط تطورا راجعا فى ذلك إلى أكثر الاسس موضوعية لاغراض التصنيف ، إذ أنه بقى عرضة للنقد الذى يوجه إلى جميع نظريات الانماط . فهو يميز بين ثلاثة أنواع من الانماط الجسمية . النمط الداخلى التركيب endomorph (النمط الحشوى والبدين و الهضمى) الذى يتميز بالاحشاء الهضمية الضخمة ، وهو ضعيف نسبيا تكوين

(4) *The Varieties of Human Physique* (New York, Harper and Brothers, 1940).

الجسمى (العظم ، والعضلات والانسجة الرابطة). وأصحاب النمط التكوينى الداخلى بدناء عادة ولـكنهم قد يبدون نحافا احيانا . وهم على قدر بسيط من الرزانة أو الوقار . والنمط الثانى هو النمط المتوسط التركيب Mesomorph ويتميز بأن التـكوين الجسمى هو الغالب (العضلى — الرياضى) ، وهو قوى منتصب القامة . والسيطرة فيه للعظم والعضلات والانسجة الرابطة . وفى هذا النمط يـكون الجلد سميكا متسع المسام. والتكوين فى النمط الخارجى التركيب (الواهن الضعيف الجسم — المخى) Ectomorph يـكون هشا طويلا ، ويكون الصدر مسطحا والاطراف طويلة نحيفة ، ضئيلة العضلات ، اسطوانية العظام ، والقوام منحن ، والحركة تتميز بتقييد متردد .

ويقابل هـذه الانماط الجسمية الثلاثة إنماط مزاجية ثلاثة وهى : المزاج الحشوى Visceratonia ويمثل شخصية النمط الداخلى التركيب ، وللمزاج البدنى (الجسمى) Somatotonia ويمثل شخصية النمط المتوسط التركيب ، والمزاج المخى Crebrator ia ويمثل شخصية النمط الخارجى التركيب. والنمط الحشوى يميل إلى كثرة الطعام والاختلاط الاجتماعى ، ويحتاج إلى الحب والتشجيع ، وهو راض متسامح ، ويعبر عن انفعاله بحرية . والنمط البدنى (الجسمى) مسيطر وطموح وعدوانى ، يميل إلى الرياضة والمخاطرة والتنافس ، ويحاول أن يحل المشكلات عن طريق العمل. والنمط المخى متحفظ ، يميل إلى التفـكير والسرية، وردود انفعالاته قويه ، وهو يحب الوحدة ، شاعر بذاته ، مكفوف فى تعبيره الاجتماعى .

وليس من الضرورى تصنيف الأفراد فى أنماط خالصة، بل يمكن تصنيفهم على سلم مـكون من سبع درجات تبين درجات الميل نحو الإنماط الجسمية والمزاجية .

ومع ذلك تبقى هناك صعوبات متعددة فى مثل هـذا المنهج من البحث . فن الفروض ، مثلا ، أن الأفراد يتصفون بجميع السمات التى توصف بها الأنماط المزاجية الثلاثة جميعها بنفس الدرجة التى يقدرون بها على المقاييس المدرجة الخاصة بالأنماط المورفولوجية (الجسمية) . وحتى إذا أمكن توضيح أنه توجد ارتباطات منخفضة بين التكوين (الجبلى) والسلوك ذى المعنى أو بين أنواع السلوك ذات المعنى فى مجموعات الأفراد الذين يصنفون وفقا لتكوينهم ، فإن مثل هذه التصنيفات ذات قيمة تنبئوية ضئيلة لوصف السلوك فى أى موقف معين . وحتى إذا أمكن اثبات أن مثل هذه العلاقات قائمة ، فإن الأمر يصبح أمر تفسير إذا كانت هذه الارتباطات محددة بيولوجيا ، أو أنها تعتمد على ردود الفعل الثقافية والشخصية للفروق الجسمية التى توجد بين الأفراد فالصبي النحيل الضعيف قد تنشأ لديه ميول جمالية وهوايات غير اجتماعية ، ليس بسبب المحددات الموروثة ، بل لأنه لا يجد فى ثقافة معينة اشباعا فى الرياضة البدنية واللعب البدنى ، وبالتالى يضطر لأن يسعى وراء الاشباع فى الهوايات غير الاجتماعية مثل القراءة. ونظرا لما يبدو من أن نظريات الأنماط الجسمية مثل نظرية شلدون لا تنطبق على الاناث فى الثقافة الواحدة، وهن اللواتى تختلف أدوارهن فى الطفولة والرشد عن أدوار الذكور ، فإن هذا يوحى بأن الفروق القائمة بين الجنسين تعتمد على اطراد ردود الفعل الثقافية أكثر منها على التحديد البيولوجى .

ونظرية الأنماط ليونج Jung [٥] فى الانبساط والانطواء هى أساسا نظرية سيكولوجية أكثر منها نظرية أنماط تكوينية كالنظريات التى سبقت مناقشتها. ومع

(5) *Psychological Types* (New York : Harcourt, Brace and Company, 1923).

ذلك فهى تتداخل بدرجة كبيرة مع الخصال السيكولوجية للأنماط التكوينية . وبوجه عام نجد أن المنطوى يشابه النمط الواهن أو الضعيف Leptosome أو النمط الخارجى التركيب، ونجد أن المنبسط يشابه النمط المضمى البدين Pyknic أو النمط الداخلى التركيب . وتتداخل الأنماط الفرعية والانماط المتطورة عنها مثل الثنائى النمط وهو المنبسط والمنطوى معا ، أو المنبسط الكاذب الذى يبدو منطلقا وهو فى الواقع متمركز حول الذات ويسعى وراء السلطة ، مع النمط العضلى أو الرياضى أو النمط المتوسط التركيب .

سيكولوجية سمات :

يشبه منهج البحث وفقا لنظريات السمات فى وصف السلوك منهج البحث وفقاً لنظريات الانماط فى عدة نقاط ، وقد قدم جوردن البورت Gordon Allport تمييزاً رائعاً للتفرقة بين منهج البحث وفقاً لنظريات الانماط ومنهج البحث وفقاً لنظريات السمات . فهو يرى أنه يمكن أن نقول إن الشخص لديه سمة ما ولكن لا يمكن أن نقول إن لديه نمطاً ما ، بل اننا نقول أنه يقع فى نمط ما . وفى الاستخدام الحديث يقصد بالسمة متغير ، أو امتداد ، يمكن أن نحدد عليه موضعا لكل فرد من الأفراد . وقد سمح البوت بمجالات خاصة للسمات الغريبة أو الفردية التى تميز شخصاً واحداً فقط ، ولكنه لم يوضح كيف يمكن وصف مثل هذه الخصال أو فهمها أو التنبؤ بها لأغراض علمية . وأما فيما يتعلق بالسمات العامة أو الشائعة monothetic ، فإن الفرق الواضح الذى يقدمة البورت يبدو وكأنه ينتهى إلى أمر يتعلق بالدرجة أكثر منه بالنوع . والأفراد فى نظرية الانماط لشلدون يقعون على امتداد ما . وهو يختلف فى ذلك عن بعض نظريات السمات فى أنه يستخدم متغيرات محدودة نسبياً ، وفى افتراض أن كل متغير يميل لأن يكون ممثلا لتجمع من الخصال التى يمكن اعتبارها

سمات . أن نظريات السمات ليست محدودة كنظريات الأنماط فى خصال ضئيلة ، أوفى وضع تمييزات ضئيلة فيما يتعلق بالفروق الفردية . أن الخطأ الأكبر فى نظرية السمات ، كالخطأ فى سيكولوجية الملكات ، يقع فى معالجة الشخصية كخاصية داخلية دون الإفادة من الموقف (الذى توجد فيه) للتنبؤ فإذا كان الفرد يحتل مكانة متوسطة ، أويقع فى المئين الخمسين فى سمة العدوان ، فهل معنى ذلك أنه يسلك سلوكا نصف عدوانى ، أو أنه يسلك سلوكا عدوانيا نصف الوقت (وإذا كان الأمر كذلك فأى النصفين) ؟ أوماذا ؟ ومع ذلك فهذا النقص ليس نقصا بالضرورة . فمن الممكن أن نصف السمات فى عبارات موقفية أووفقا لاتجاهية السلوك Directionality of Behavior بطريقة لاتختلف عن مفهوم الحاجات السيكولوجية التى ستناقش فى هذا الفصل فيما بعد .

ومنهج البحث وفقا لنظريات أوالعادات فى وصف الشخصية يصبح أكثر قصورا إذا لم يمدنا بالظروف التى تؤدى إلى التغيير كنتيجة للتفاعل مع البيئة . ومع ذلك فمن الممكن أن تفكر فى السمة على أنها عادة . وإذا ماتكاملت هذه النظرة مع نظرية التعلم ، فإن هذا المنهج يمكن أن يمدنا بمفاهيم (مصطلحات) لاتصف السلوك فحسب ، بل تصف أيضا مايطرأ عليه من تغير .

ونظريات الشخصية التى قال بها جوردن ألبورت ، وريموند كاتل Reymond Cattell تمثل مناهج البحث الحديثة لسيكولوجية السمات . ويؤكد ألبورت سمات متعددة تشمل السمات الفريدة أومركبات فريدة من السمات يمكن أن تميز فردا واحدا أوقليلا من الأفراد . وهو يقدم لنا مثالا لمثل هذه السمة فى « الاستعراضية التى يصعب ارضاؤها » . أما كاتل فهو أكثر اهتماما بالسمات التى يشترك فيها الجميع مثل سمة التجمع . وهو يأمل باستخدام الأساليب الإحصائية

(التحليلات العاملية) أن يختزل عدد السمات إلى أقل سمات وصفية مستقلة ممكنة ، يمكن معها أن يحصل على تنبؤات مفيدة .

وعلى وجة العموم تختلف ، السمات عن الأنماط وعن الملكات فى قلة احتمال أنها تتضمن مسلمات خاصة بأصول موروثة أوجبلية . وهى تختلف فى أنها تقدم لنا إمكانية وجود عدد كبير من طرق وصف تنوعات السلوك الإنسانى اللانهائية بما فى ذلك مفهوم تفاعل السمات الذى يزيد من امكانية التنبؤ . ومناهج البحث التى تقتصر على وصف السمات فقط تغفل أهمية البيئة فى تحديد السلوك ، وتفشل بوجه خاص فى تطوير مبادىء تصف هذا التفاعل ، وفى التغير التى يحدث فى الشخصية والتنبؤ به . ومثل نظريات السمات هذه لاتعترف عادة بأن جميع أنواع السلوك قابلة للتنبؤ ومتسقه، بل أنها اتقبل التناقض باعتبار أنه خاصية السمة الضعيفة .

منهج البحث وفقا التحليل النفسى :

يثير مصطلح التحليل النفسى عادة خلطاً قويا فى المناقشة والجدال . وهو يشير أحيانا إلى سلسلة الملاحظات التى أبداها سيجمند فرويد Sigmund Freud وكثير من أتباعه حول الطبيعة البشرية ، ويشير أحيانا إلى نظرية الشخصية وطريقة العلاج السيكولوجى التى أعلنها فرويد (وهى الطريقة التى سوف تستخدمها هنا) . وأحيانا يشير إلى نظريات الشخصية التى تتفق مع وجهة نظر فرويد ولكنها تختلف معها أيضا فى بعض النقط ، وذلك مثل نظريات الفريد ادلر Alfred Adler وأتورانك Otto Rank وهارى س . سليفان Harry S. Sullivan . وعلى الرغم من أن كثيراً من الآراء التى قدمها فرويد قد عدلها فى الوقت الحاضر أتباع نظرية التحليل النفسى أورفضوها تماماغير

أنه لاشك فى أن ماقام به كان تأثيره فى نظريات الشخصية الحالية أكثر مما قام به أى شخص آخر ، وقد تجاوزت آراؤه حدود علم النفس إلى جميع العلوم الاجتماعية الأخرى ، وإلى النظام التربوى ، وإلى الممارسات العملية فى تنشئة الأطفال فى الحضارة الغربية .

وعلى الرغم من أنه من غير الممكن أن نصف نظرية التحليل النفسى فى تفصيل كبير فى هذا العرض القصير ، إلا أنه ينبغى أن نتعرض للمظاهر ذات الأهمية الخاصة لفهم تقويم الشخصية والتشخيص .

ومن اسهامات فرويد الكبرى نظريته فى الحتمية النفسية: وعلى النقيض من نظريات الأنماط والسمات التى تفترض أن الخصال الهامة للسلوك الإنسانى عامة بين أفراد النوع ، نجد أن موقف فرويد هو أن السلوك الإنسانى مدفوع أو موجه للحصول على أهداف معينة . فهو يقرر أن السلوك الإنسانى بأكمله بما فيه السلوك السيكوباثولوجى (المرضى) سلوك له معنى . وبعبارة أخرى فقد شعر فرويد أن الأعراض التى توجد لدى الشخص الشاذ ليست مجرد أشارات لأنهيار ما فى الكائن الحى ، كما هو الحال فى أعراض الأمراض الجسمية ، بل أنها ذات دلالة خاصة فى ضوء أهداف الفرد ودوافعه . أن ماتكشف عنه الأعراض ليس المرض بل الصراع القائم فى النفس . ولما كان فرويد قد درب كطبيب فقد شعر بالحاجة لتوكيد مصدر للطاقة ينشأ عنه السلوك الذى يسعى للوصول إلى هدفه ، وقد وجد هذا المصدر فى الغرائز المتأصلة فينا بيولوجيا .
وقد ذهب إلى أن الفرد يبغى الحصول على اللذة فقط ، وتجنب الألم وأن غرائزه الموروثة تحدد فى أى وقت معين ماهو لذيذ (سار) ، وهو يرى ـ مثيرا بذلك ذعر الكثيرين ـ أن الغرائز الجنسيه هى المصدر الأساسى للدوافع المسببة لمعظم السلوك الإنسانى .

ومع فكرة الحتمية النفسية كان إسهامه العظيم الآخر هو الدافع اللاشعورى وعلى الرغم من أن بعض السيكولوجيين والفلاسفة قد لاحظوا أن الإنسان تدفعه فى بعض الاحيان دوافع لاشعورية ، إلا أن احداً منهم لم يعط هذه الفكرة المكانة التى اعطاها لها فرويد . فقد سلم بوجود عقل لا شعورى ليس فقط كمستودع لكثير من غرائز اللذة والتدمير ، بل وإيضاً كمستودع للافكار وللمشاعر والرغبات التى لا يقبلها الإنسان عن ذاته ، والترابطات والافكار والرغبات التى يحاول أن ينساها أو يتحاشاها . وقد أطلق فرويد على هذه الأفكار المكبوتات. وتصور فرويد العقل على أساس هذه القوى التى تؤثر على الإنسان والتى كثيرا ماتتصارع فى ذاته من أجل السيطرة. وبسبب النقد الاخلاقى القاسى الذى يوجهه المجتمع ، والمحرمات والعقوبات التى تفرض على الإنسان عندما يشبع دون كف دوافعه وعدوانه ، يصبح على الإنسان أن يكبت الكثير من رغباته ، وإن كانت الطاقة المتضمنة فى السعى وراء مثل هذا الإشباع تبقى موجودة وقد تتسبب فى صراعات داخلية عنيفة .

والدوافع اللاشعورية قدرة على الهروب من خلال الرمزية فى الاحلام وفى وفى الأعراض المرضية .وفى الخيالات وفى أساليب أخرى ، وأحيانا تتكشف هذه الدوافع بنفس الطرق التى يدافع بها الإنسان عن نفسه ضد ظهورها فى العقل الشعورى ، فمثلا عن طريق الأنكار البالغ الشدة لدافع ما ، أو باسقاطه على الآخرين(كأن يقول مثلا «لست أنا الغاضب ولكن الغاضب هو أنت») وسوف نناقش بعض مظاهر التحليل النفسى فى الفصل التالى المتعلق بالعلاج النفسى .

لقد أدت نتائج حركة التحليل النفسى ، بتوكيدها على ميكانيزمات

اللاشعور إلى تعقيـــد مشكلة التشخيص تعقيـــدا ضخما . فقد تضاءل معـنى الأعراض ، واصبح على الإنسان أن يتجاوزها سميا وراء الصراعات الداخلية . ولم يعد فى امكان الإنسان أن يـكتشف المظاهر الهامة لدى الفرد عن طريق طرح أسئلة مباشرة . فليس من المحتمل فقط أن يرغب فى اخفاء المعلومات بطريقة شعورية ، بل أن منهج البحث وفقا للتحليلى النفسى يتضمن أيضا أن الفرد قدلا يـكون واعيا بمشكلاته الخاصة . وأصبح على هذا المنهج فى البحث أن يضع طرقا دقيقة وبارعه لـكى يمـكنه اكتشاف هذه المشكلات .

ولقد وجهت عدة انتقادات نحو التحليل النفسى التقليدى أو الفرويدى، كما وجهت إلى الصور المستحدثة منه . ويتعلق النقد الاساسى منها بالاعتماد على الغرائز باعتبارها مصدر الطاقة للسلوك الموجه نحو هدف ما ، وكان النقد منصبا على عدم التعرض اطلاقا لوصف قوة هذه الغرائز أو الظروف التى تتسبب فيها .

وبالتالى فهى تستخدم لتفسير مايعقب الواقعة وليس مايسبقها . والانتقاد العام الثانى ينصب على صعوبة قياس المفاهيم المستخدمة فى التحليل النفسى . واختصاراً من الصعب أن نحدد تحديدا موثوقا به متى تحدث عملية ما وإلى أى مدى . ومع هذا النقص أو نتيجة له أصبح من الصعب جدا اختبار كثير من الفروض التحليلية اختبارا موضوعيا أو تجريبيا .

ومع ذلك فإن الاسهامات المتعلقة بالحتمية النفسية والدوافع اللاشعورية اصبحت مقبولة قبولا واسعا فى التنظير الحديث للشخصية ، وادى كلا المبدأين إلى الاعتراف بإن مشكلة فهم السلوك الانسانى والتنبؤ به مشـكلة معقدة أشد

التعقيد وتتطلب مهارة عالية وابداعا كبيرا ، وليس من المحتمل أن يحلها وضع عدد ضئيل من الاختبارات أو المقاييس البسيطة نسبيا .

منهج البحث وفقا للحاجات السيكولوجية :

وكنتيجة للتأثير الفرويدى بدأ كثير من واضعى نظريات الشخصية فى الاعتماد أكثر فأكثر على تحليل دوافع السلوك أو اتجاهه . ومع ذلك ، فإن بعض هؤلاء المنظرين (واضعى النظريات) رفضوا تأكيد فرويد على الجنس، أو الأساس الغريزى للدوافع ، أو كليهما . وظهرت أيضاً محاولات قام بهـا السيكولوجيون الأمريكيون(بتوكيدهم على القياس) لوضع طرق لتصنيف أنواع السلوك من حيث اتجاهيتها تسمح بقياس ثابت فى الوقت الذى تبقى فيه اطار التحليل النفسى . وتصنيف هنرى موراى Henry Murray الذى سنصفه فيما يلى ،هو أساساً من هذا النوع[٦] . وبعض المحاولات الأخرى لوصف الدوافع الانسانية ، مثل محاولة و . أ . توماس W. I. Thomas التى ترجع إلى ١٩٢٣ اقتربت من المشكلة من وجهة نظر اجتماعية مع تأكيد الأهداف القوية المشتركة فى الثقافة ، مثل حاجات الفرد إلى المكانة الاجتماعية ، والحب ، والاستقلال، والقوة .

وجميع هؤلاء المصنفين ، وكل منهم له ما يميزه عن غيره ، يضعون قوائم بالمصطلحات (التى يطلق عليها الحاجات أو الدوافع)ملخصين بها أنواع السلوك وهذه المصطلحات تختلف عن السمات فى أن المفهوم العام لا يشتق من التشابه الموضوعى لمراجعة السلوكية ، بالقدر الذى به يشتق من التشابه فى الأهداف

(6) *Explorations in Personality* (New York : Oxford University Press, 1938).

أو القوى المحركة وراءها . وكما حدث فى قوائم السمات قامت محاولات لتجنب التداخل بين المفاهيم ، ولـكن تحقيق هذا كان صعبا ، وعادة لم يوضع أى مبدأ للمحافظة على مستوى واحد من العمومية . ولما كانت للمفاهيم تتضمن مفاهيم أخـرى بصور متفاوتة ، فإن احدها قد يندرج تحت الآخر جزئيا . ولقد كان الاساس الذى استخدمه أصحاب مثل هذه النظريات غالبا لاختيار المفاهيم أو المصطلحات لتجريد الاشتراكيات من أنواع السلوك (العناصر المشتركة) هو اللجوء إلى الخبرة الحدسية أو السير على منوال التحليل النفسى فى النظر إلى أنواع معينة من الدوافع الجنسية .

وقد أحل موراى الحاجات محل الغرائز التى قال بها فرويد ، ولـكنه احتفظ بالـكثير من الفروض الأخرى الخاصة بالسلوك والتى وضعها فرويد . كما أنه أكد أن فهم السلوك ينبغى أن يتضمن تحليلا للظروف البيئية التى أطلق عليها الضغوط . والضغط هو خاصية البيئة التى تساعد الفرد على الوصول إلى غرض معين أو تعوقه عنه .

وقد استعان موراى فى ذلك بثلاثين حاجة مذكورة فى القائمة التالية . وليست هذه الحاجات هى المتغيرات الوحيدة التى جاءت فى نظرية موراى . وهى تمثل محاولة لوصف السلوك من حيث اتجاهاته فى صورة حاجات .

التحقير	الاذعان	اللعب
الانجاز	الاعتماد على الغير	التقدير
التملك	السيطرة	النبذ
الانتماء	الاستعراض	الاحتفاظ
العدوان	المرض	الانعزالية

الاستقلال الذاتى	تجنب الأذى	الاحساسية
تجنب اللوم	تجنب الهوان	الجنس
الادراك أو للمعرفة	المنعة	تقبل الحماية
البناء أو التركيب	الرعاية	الاستعلاء
المضادة أو المواجهة	النظام	الفهم

ويحاول موراى بالتنظيم الذى قال به للسلوك الانسانى فى صورة حاجات وضغوط أن يتلافى ، على الأقل بعدم وجود عبارة صريحة ، ما تنطوى عليه الغرائز . كما أنه يحاول أن يتجنب قصر معظم السلوك الموجّه على الدوافع الجنسية الأولية . ومع ذلك فإن قائمة الحاجات التى قال بها موراى تتعرض لنواح متعددة من القصور : (١) أن المفاهيم لم تتعرض لاختبار من ناحية العدد (الاقتصاد فى عددها أو التداخل أو الفائدة . (٢) أن المفاهيم لم تعرف تعريفا دقيقا بما يسمح بقياس موضوعى (٣) أنه لايوجد هناك ما يشير إلى الظروف أو الخبرات السابقة التى توضح أسباب وجود الحاجات المختلفة أو عدم وجودها أو قوتها . ومع ذلك فهذا المنهج قد يكون أكثر تقدما عن سيكولوجية السمات بسعيه وراء أوجه الشبه فى أنواع السلوك من حيث الدوافع المسببة لها ، أكثر من أوجه الشبه التى نصل إليها عن طريق التجريد والتى تميل لأن تكون اعتباطية أكثر منها مبنية على أساس متسق . كما أن هذا المنهج يؤكد تأكيدا أكبر على صلة البيئة الوثيقة بفهم السلوك عن طريق مفهوم الضغط .

نظرية التعلم الاجتماعى

وهناك منهج آخر للبحث يستخدم أيضا الحاجات السيكولوجية،وذلك هو

نظرية التعلم الاجتماعى التى وضعها مؤلف هذا الكتاب وزملاؤه وتلاميذه . وهى تمثل وجهة نظر فى الحاجات السيكولوجية مختلفة إلى حد ما عن وجهة النظر التى قال بها موراى ، وتعتمد اعتمادا كبيرا على نظرية التعلم لتفسير نمو الحاجات السيكولوجية وتطورها وما يطرأ عليها من تغير . وتبعاً لنظرية التعلم الاجتماعى يتحدد سلوك الانسان باهدافه. فالسلوك دائما يتصف بالاتجاهية . فالفرد يستجيب بالسلوك الذى تعلم أنه سوف يؤدى إلى أعظم أشباع فى موقف معين ، وكل فرد يربط تدريجيا بعض موضوعات الأهداف والظروف الداخلية المعينة بإشباعات غير متعلمة أو موروثة ، فالارضاع مثلا يشبع الطفل فى أول الأمر ، ثم يصبح وجود الأم نفسها سببا للسرور ، وبعد ذلك قد يحاول الفرد أن يقوم بالأمور التى تحبذها الأم ، وينتهى الأمر أخيراً فى غياب الأم بأن يجد الفرد اشباعا فى تحقيق الأعمال التى ارتبطت فى الماضى بتحبيذها . والدوافع السيكولوجية ، تمييزا لها عن اشباعات الكائن الحى غير المتعلمة أو التى تقوم على أساس بيولوجى ، هى نتيجة الخبرة وليست نتيجة الغريزة .

وبالتدريج تنشأ لدى كل فرد مجموعة من الدوافع أو الحاجات المتمايزة تتراوح بين الدوافع أو الحاجات النوعية والدوافع أو الحاجات العامة . وكلما كانت أنماط السلوك أو الأهداف التى تتضمنها الحاجة نوعية ، كلما أمكن التنبؤ بقوة أحد أنماط السلوك أو الأهداف من الأخرى . وكلما كان المفهوم عاما أو عريضا أو شاملا كلما تضاءلت دقة التنبؤ بسلوك معين من سلوك آخر .

ومن وجهة النظر هذه يصبح للحاجة ثلاثة مكونات أساسية :

أحد هذه المكونات ، هو مجموعة السلوك الموجهة نحو نفس الهدف (أو إلى أهداف مشابهة أو أهداف ذات صلة) ، ومثال ذلك مجموعة السلوك التى يستخدمها

الفرد ليحصل على رعاية الآخرين له . وهذا النوع من السلوك يطلق عليه امكانيات الحاجة . ويشير المصطلح إلى قوة امكانية الحاجات ، أى ترجيح عملها فى مواقف معينة ومحددة .

والمكون الرئيسى الثانى ، هو التوقعات بأن أنواعا معينة من السلوك سوف تؤدى إلى اشباعات أو أهداف لها قيمتها لدى الفرد . فقد يحدث أن يكون الفرد قد تعلم طرقا كثيرة للحصول على رعاية الآخرين له كطفل ، ولكنه فى الوقت الحاضر قد يكون توقعه بانها سوف تؤدى إلى أية اشباعات ضئيلا . فالبكاء مثلا قد يؤدى إلى حصول الحضين على الرعاية والمساعدة ، ولكن طفل العاشرة أو الثانية عشرة قد يجد نفسه عندما يستخدم نفس الأسلوب منبوذا من والده على اعتباراته يتصرف كالبنات . والمستوى المتوسط للتوقعات بأن أنواع السلوك التى تعلم الإنسان أن يعتمد عليها لتحقيق اشباعات معينة سوف تؤدى بالفعل إلى هذه الاشباعات يطلق عليه حرية الحركة .

والمكون العام الثالث للحاجات ، هو القيمة (قيمة الحاجة) المرتبطة بالأهداف نفسها — أى الدرجة التى يفضل بها فرد ما مجموعة من الاشباعات على مجموعة أخرى . فمثلا إذا اتيحت الفرصة نفسها للحصول على اشباعين ، فان فردا ما يفضل أن يقوم بشىء يؤدى إلى اعجاب الآخرين به (الحاجة إلى الاعتراف) ، فى حين يفضل فرد آخر أن يقوم بشىء يؤدى إلى حب الآخرين له (الحاجة إلى الحب والعطف) .

والقيمة التى تعطيها هذه النظرية لموقف الفرد السيكولوجى ، سواء فى فهم السلوك أو التنبؤ به ، مظهر رئيسى آخر لنظرية التعلم الاجتماعى . فعلى خلاف منهج البحث وفقا للسمات أو للملكات ، أو أى منهج بحث آخر فى الشخصية

يؤكد بقوة على الحالات الداخلية ، فإن هذه النظرية ، بسبب اعتمادها على المسلمات الأساسية لنظرية التعلم ، تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة أن بعض الاشباعات أكثر احتمالا من غيرها فى بعض المواقف. ولا توجد الفروق الفردية فى قوة الحاجات المختلفة فقط ، وإنما تظهر أيضا فى الطريقة التى يدرك بها نفس الموقف . فردّ فعل شخص ما للمواقف المختلفة يعتمد على خبرته السابقة التى تكون ، مظهرا هاما للفروق الفردية . فالموقف السيكولوجى يمد الفرد بأدلة لتوقعاته بأن سلوكه سوف يؤدى إلى النتائج المرغوب فيها .

وإذا ما وضع فرد ما قيمة عالية على بعض الأهداف، مثل الرغبة فى الاعتراف به ، أو فى أن ينال الرعاية ، فإن توقعاته قد تكون منخفضة بالنسبة لتحقيق هذه الأهداف. إذ ربما يكون قد تعلم أن يتوقع العقاب أو الفشل أو النبذ عندما يحاول أن يحقق هذه الرغبات (ومثل ذلك الطفل الذى يحصل بإستمرار على درجات ضعيفة أو درجات رسوب فى المدرسة) . وعندما يحدث ذلك فإن الشخص يتعلم عادة أنواعا أخرى من السلوك ليتفادى العقوبات نفسها . فهو احيانا يحاول أن يحصل على الاشباعات بطرق غير واقعية مثل الاستغراق فى أحلام اليقظة ، أو بالاساليب الرمزية التى تمثل له ، وليس لأحد غيره ، الحصول على الاشباع . وتجنب هذه الأنواع من السلوك أو القيام بانواع غير واقعية من السلوك أمور متعلمة وتكون ما ينظر إليه عادة على أنه أعراض للسلوك غير السوى. فالسلوك غير السوى، من وجهة النظر هذه ليس مرضا أو اضطرابا أو انهيارا بل محاولة ذات معنى لتجنب عقوبات معينة ، أو للحصول على اشباعات معينة على مستوى غير واقعى .

وعلى سبيل التوضيح نورد ستا من الحاجات العريضة التى تتضمن معظم السلوك السيكولوجى المتعلم مع تعاريفها . والواقع أن هذه المفاهيم متسعة بحيث

لا تسمح لنا إلا بشيء قليل من التنبؤ ، أما المفاهيم الضيقة فهى أفيد على وجه العموم . فمثلا ، إن حاجة الفرد إلى المركز وإلى أن يعترف به يمكن أن تحلل إلى مستويات أكثر خصوصية من النشاط الاجتماعى ، أو الأنشطة المهنية أو العقلية ، أو المهارات الجسمية والرياضية .

١ – الحاجة الى الاعتراف والمركز :

حاجة الفرد إلى أن يتفوق ، وأن يعتبر كفئاً ، مثل الآخرين أو أفضل منهم فى المدرسة أو العمل أو المهنة أو النشاط الرياضى ، أو المكانة الاجتماعية ، أو الجاذبية الجسمية ، أو اللعب ، أى الحاجة إلى أن يحصل الفرد على مكانة عالية على مقياس تنافسى ذى قيمة اجتماعيا .

٢ – الحاجة الى السيطرة :

حاجة الفرد إلى التحكم فى أعمال الآخرين ، بما فى ذلك الأسرة والأصدقاء ، وأن يكون الفرد فى مركز القوة ، وأن يتبع الآخرون أفكاره ورغباته الخاصة .

٣ – الحاجة الى الاستقلال :

حاجة الفرد إلى أن يتخذ قراراته ، وأن يعتمد على نفسه ، وأن يطور المهارة اللازمة للحصول على الإشباع ، وأن يصل إلى الأهداف دون مساعدة الآخرين .

٤ – الحاجة الى الاعتماد على الآخرين ورعايتهم :

حاجة الفرد إلى فرد آخر أو أفراد آخرين يقونه من الإحباط ، ويوفرون له الحماية والأمن ، ويساعدونه على الحصول على الأهداف الأخرى المرغوبة .

٥ — الحاجة الى الحب والعطف :

حاجة الفرد إلى تقبل الآخرين وحبهم ، وأن يحظى باحترامهم وانتباههم واهتمامهم وإخلاصهم .

٦ — الحاجة الى الراحة الجسمية :

حاجة الفرد إلى الاشباعات الجسمية التى ارتبطت بالأمن والعافية ، وتجنب الألم ، والرغبة فى الملذات الجسمية .

واختصارا ، إن إمكانية حدوث سلوك ما ، أو مجموعة من أنواع السلوك فى موقف معين ، تعتمد على توقعات الفرد بأن السلوك سوف يؤدى إلى هدف أو إشباع معين ، وعلى قيمة الإشباع بالنسبة له ، وعلى القوة النسبية لإمكانيات السلوك الأخرى فى نفس الموقف . ومن المفروض أن الفرد غالباً لا يكون مدركا لأهداف (أو معانى) سلوكه ولتوقعات تحقيق هذه الأهداف .

ومن الممكن أن نرى أن فهم السلوك الإنسانى فى المواقف الاجتماعية المعقدة فى منتهى الصعوبة ، فهو يحتاج إلى دراسات عميقة ومعلومات عدة . وتنطوى نظرية التعلم الاجتماعى على أمر ذى أهمية خاصة بالنسبة لعملية تقويم الشخصية وهو أن موقف الاختبار نفسه ذو تأثير على السلوك ، وهو أمر ينبغى أن يؤخذ فى الاعتبار قبل القيام بالتنبؤ من الاختبار إلى أنواع أخرى من المواقف .

وترى نظرية التعلم الاجتماعى أنه لا ينبغى تقويم سلوك الفرد (إمكانية الحاجة) فى التشخيص فقط ، بل علينا أن نقوّم توقعاته والقيم التى يضعها للأهداف المختلفة . ومن المهم أن نعرف كيف تتغير هذه التوقعات من موقف

لآخر ، وكيف أن الحصول على مجموعة من الاشباعات يتعارض مع اشباعات أخرى . وأخيراً من الهام لأهداف العلاج النفسى فى أحيان كثيرة ، أن نعرف كيف اكتسبت التوقعات والقيم لكى نعرف كيف نغيرها بأفضل الطرق .

والحالات الثلاث (التى سبق عرضها) للمراهقين الثلاثة الذين سرقوا من مدرسيهم ، قد عرضت من وجهة نظر التعلم الاجتماعى وسوف تساعد فى توضيح وجهة النظر هذه . »

وقد قدم لنا البحث الذى قام به ريتشار جيسور Richard Jessor وشيرد ليفـــران Shephard Liverant وسيمـــور أبوشنسكى [7] Seymour Opochinsky تطبيقا تجريبيا لهذه الحاجات العريضة ، فقد طبق هؤلاء السيكولوجيون اختباراً للاختيار الإجبارى يطلق عليه اختبار (قائمة) تفضيل الأهداف ، وضعه ليفراند ، على أربع مجموعات من طلبة الكليـات والمدارس الثانوية . وفيما بعد طبق اختبار روتر لتكميل الجمل ، وهو مقياس للتوافق الشخصى ، على أفراد العينـة . وفى كل مجموعة حصل البـاحثون على درجات لأفراد العينة لحاجاتهم الملحة لاعتراف الآخرين لهم ، وحاجاتهم الملحـة للحب والعطف . وقارنوا بين درجات التوافـق للأفراد الذين كانت حاجاتهم متوازنة (كلا النوعين من الحاجات قريبة من المتوسط) وبين درجات التوافق للأفراد الذين لم تـكن حاجاتهم متوازنة إلى درجه كبيرة . وكانت مجموعتا التوازن مكونة من الأفراد الذين كانت درجاتهم فى الحاجة إلى إعتراف الآخرين بهم عاليـــة جداً على حساب حاجتهم إلى

(7) Richard Jessor, Shephard Liverant, and Seymour Opochinsky, «Imbalance in Need Structure and maladjustment,» *Journal of Abnomal and Social Psychology*, 66 (1963) 27—75

إعتراف الآخرين بهم . وهذه النتائج أيدت بقوة الفرض الذى وضعوه وهو أن عدم التوازن بين هاتين الحاجتين المريضتين الهامتين كان مرتبطاً بسوء التوافق فى مجتمعنا بصرف النظر عن الحاجة التى كانت أعلى من الأخرى .

وفى نظرية التعليم الاجتماعى ليست الحاجات هى المؤشر الوحيد الهام فى الفروق الفردية . فقد يختلف الأفراد فى اتجاهاتهم نحو الأفراد المختلفين (الاتجاهات الاجتماعية) ، وفى طرق استجابتهم للتدعيم القوى ، أو فى توقعهم للتدعيم القوى (السلوك الانفعالى) وفى الطرق التى يقتربون بها من مختلف المواقف المتشابهة من وجهة نظر حل المشكلات . وهذا المفهوم الأخير يطلق عليه التوقع المعمم فى نظرية التعلم الاجتماعى . وقد أطلق هارى هارلو Harry Horlow على مفهوم مشابه، يتعلق فقط بالأعمال العقلية، مهارات التعلم العالية . ولكننا نواجه مرارا وتكرارا بنفس المشكلة ، سواء فى المواقف الاجتماعية أو فى الأعمال العقلية . فمدى إعتقاد الفرد أنه يستطيع أن يسيطر على ما يحدث له ، مثلا ، يمكن أن نشير إليه على أنه إعتقاد فى السيطرة الداخلية على التدعيم والاعتقاد بسيطرة الحظ ، أو القدر أو الآخرين الأقوياء، يمكن أن نشير إليه على أنه اعتقاد السيطرة الخارجية على التدعيم . مثل هذه التوقعات المعممة قد تكون لها عواقب هامة فى كيف يستجيب الفرد لأساليب العلاج المختلفة ، وكيف يستجيب إلى فترات الضغط الممتدة ، وغير ذلك من السلوك الاجتماعى .

والثقة بين الناس توقع آخر معمم ، فثمة أدلة على أنه توجد فروق معممة فى الدرجة التى يثق فيها الإنسان فى غيره وشعوره بأنه يمكنه الاعتماد عليهم فى ذكر الحقيقة . فمثل هذه الفروق يمكن أن تؤثر على استجاباتهم نحو المدرسة والعلاج النفسى ، والزواج ، وتقريبا جميع أنواع التفاعل الاجتماعى . وقد وضع

المؤلف مقياسا لهذه الثقة فى الآخرين استخدم فى عدد من الدراسات التجريبية فى الثقة بين الناس. وقد حاول هارفى كاتز Harvey Katz والمؤلف فى بحث لهما أن يحددا أثر اتجاهات الوالدين فى ثقة الابناء . وفى سبيل هذه الغرض اختار كاتز وروتر « ١٠٠ » ذكر و « ١٠٠ » أنثى من طلبة الكليات المقيمين فى الخاصة المساكن بهذه الكليات ، والذين أجرى عليهم هـذا المقياس قبل عام والذين كانوا أعلى من متوسط الطلبة أو أقل من المتوسط فى مقياس الثقة . وارسل القائمون بالتجربة مقياس الثقة مباشرة إلى آباء وأمهات الطلبة راغبين منهم أن يجيبوا عنه وأن يرسلوا ردودهم قبل نهاية عطلة آخر الأسبوع (قبل إن يعود ابناؤهم إلى منازلهم) . وطلب من الآباء والأمهات أن يجيبوا على هذه المقاييس كل على انفراد . وقد استجاب منهم ٧٦٪ وهى نسبة عالية جدا بالنسبة لمثل هـــذه الدراسات . وقد عرضت درجات الوالدين فى الجدول رقم ٣ .

جدول رقم ٣ درجات الثقة لآباء طلبة الكليات وأمهاتهم

	العدد	المتوسط
درجات الآباء فى الثقة		
الذكور الأعلى فى الثقة	٢٧	٧٩٫٦
الذكور الأدنى فى الثقة	٢٩	٦٩٫٤
الإناث الأعلى فى الثقة	٢٨	٧٣٫٨
الإناث الأدنى فى الثقة	٣٥	٧٢٫٢
درجات الامهات فى الثقة		
الذكور الأعلى فى الثقة	٣٠	٧٧٫٦
الذكور الأدنى فى الثقة	٣٢	٧٣٫٨
الاناث الأعلى فى الثقة	٣٣	٧٦٫٧
الاناث الأنى فى الثقة	٣٨	٧٣٫٩

From Harvey A. Katz and Julian B. Rotter «Interpersonal Trust Scoes of College Students and their Parents, « *Child Development* 40 (1969) : 657—61, by permission.

يبين العمود الخاص بالمتوسطات فى الجدول رقم ٣ أنه فى كل حالة كان آباء وأمهات الطلبة الأعلى فى الثقة ، أعلى هم أنفسهم فى الثقة من آباء وأمهات الطلبة الأدنى فى الثقة ، على الرغم من ضآلة بعض الفروق . وكانت الفروق الكبرى والاكثر دلالة هى الفروق بين الآباء والابناء ، على نقيض التنبؤ الذى كان يمكن أن يذكره معظم السيكولوجيين الذين يميلون إلى التحليل النفسى والذين كان من الممكن أن يتوقعوا دوراً أكبر للامهات .

ويبدو أن الآباء والامهات يلعبون أدوارا مختلفة فى تنمية الثقة فى الآخرين لدى أبناءهم . إذ يبدو أن الآباء يلعبون دورا أكثر تأثيرا نحو الابناء ، ولكن يبدو أنهم أقل تأثيرا فى بناتهم . أما الأمهات فيبدو أن تأثيرهن ضئيل ومتساو على الابناء والبنات معا .

ولا ينبغى أن يثير العجب هذا الدور الهام جدا الذى يقوم به الآباء فى التأثير على اتجاهات أبناءهم نحو الثقة فى الآخرين . فالمتغير الذى يقيسه هذا المقياس يشير إلى توقعات الثقة نحو الجماعات الممثلة للمجتمع والذين يتصل بهم الفرد خارج نطاق الاسرة فى معظم الحالات . ولما كان الأب هو عادة عامل الاتصال الرئيسى بين الأسرة والجماعات الخارجية ، وهو الأكثر انشغالا بتدريب الأبناء عن البنات ، فاننا نتوقع أن يكون تأثيره على ابنه أعظم .

وتوحى هذه الدراسة بأهمية التعلم المباشر وأهمية الوالدين كنماذج فى نمو الاتجاهات الأساسية للاطفال وتطويرها .

اساليب تقويم الشخصية :

لا يشترك جميع السيكولوجيين الاكلينيكيين فى مجموعة واحدة من المفاهيم كما يظهر لنا من الجزء السابق : فأنواع المعلومات ، وأنواع الاختبارات التى يستخدمها سيكولوجى اكلينيكى معين لفهم الشخصية تعتمد على اتجاهه النظرى : والمشكلة على أيه حال بالغة التعقيد ، والدراسة التى أخذت على عاتقها فهم سلوك الأفراد ، والتنبؤ بسلوكهم فى المواقف التى تحدث فى المستقبل لم تبدأ فى تحقيق مكانة علمية لها إلا حديثا . ومن الطبيعى أن تبذل مجهودات متواصلة لزيادة موضوعية طرق التقويم ودقتها ، ولكن نظرا لهذه الصعوبة الأساسية فإن التقدم بطىء .

وسوف نصف باختصار الطرق التي يستخدمها السيكولوجيون الاكلينيكيون تحت العناوين الآتية : المقابلة ، الاستخبار ، الأساليب الاسقاطية ، طرق الملاحظة ، الأساليب السلوكية . وسوف نصف هذه الطرق بصورة عامة مع أمثلة مختصرة لأدوات معينة (٨) .

المقابلة :

لا يعتمد الإكلينيكيون في دراسة الحالة ، على أية طريقة في الحصول على معلومات عن الفرد بالقدر الذي يعتمدون فيه على المقابلة . وربما اعتمدت قيمة المقابلة على خبرة الاكلينيكي ومهارته أكثر من اعتماد أي إجراء تقويمي آخر عليها . إن القدرة على كسب ثقة المريض ، وجعله يشعر بالارتياح ، وتقليل دفاعه أو خوفه من النقد بحيث يتكلم عن مشكلاته بأكبر قدر ممكن من الصراحة ، وكذلك القدرة على ملاحظة وتقويم جميع أساليب سلوك المريض هي من المهارات الضرورية للإكلينيكي . وبالاضافة إلى ذلك فمن بين المهارات الأساسية للإكلينيكي البارع معرفته بالموجهات التي يتبعها ، وكيف يقترب من المريض بطريقة غير مباشرة عندما يقاوم المريض أية أسئلة مباشرة موجهة إليه ، وأخيرا كيف يقوّم المعلومات التي توصل إليها . وفي أثناء المقابلة يقوم الاكلينيكي عادة بوضع فروضه التي قد يتبعها فيما بعد باختبارات خاصة . وتستخدم هذه الطريقة للحصول على تاريخ الحالة للمريض وهو « الاسمنت » الذي يربط مصادر المعلومات المتعددة ليكون منها صورة متماسكة للشخص .

والاكلينيكي لا يستخدم فقط المعلومات التي يحصل عليها مباشرة من

---

(٨) كثير من قراء هذا الكتاب قد يطلب منهم أن تجرى عليهم بعض اختبارات الشخصية لأغراض تجريبية أو لغير ذلك من الأسباب ، ولهذا سوف نصف الاختبارات في أوجز تفصيل ممكن حتى يمكن للقارىء أن يستخدم كمفحوص غير متحيز .

المريض ، بل يستخدم كذلك المعلومات التى يحصل عليها من ملاحظة المريض بوجه عام ، وحديثه ، وخصائص سلوكه ،ولبسه ومظهره ، وتعاونه . ولا يقتصر الاكلينيكى على الاجابات أو العبارات المباشرة للمريض . فبينما يقول المريض شيئ ، قد تشير تعبيرات وجهه وحركات جسمه ونبرات صوته للاكلينيكى إلى أن الصحيح هو العكس بالضبط. وعلى الرغم من أن المريض قد ينكر أنه يعادى أيا من أعضاء اسرته ، إلا أن التوجيهات الدقيقة للقائم بالمقابلة ، وملاحظته الدقيقة لجميع أساليب سلوك المريض اثناء تحدثه عن أفراد اسرته قد يكشفان أنه غاضب على واحد أو أكثر من اقربائه .

وأسلوب المقابلة يمكن أن يقسم إلى ثلاثة طرق عريضة . الطريقة الأولى هى المقابلة الحرة : وفى هذه المقابلة يتكلم الاخصائى أقل قدر ممكن ، فهو يسأل فقط اسئلة يفتتح بها الكلام أو يوجه مثل « هل تستطيع أن تقول لى شيئا عن أسرتك ؟ » أو « هل تستطيع أن تذكر لى لماذا أتيت إلى العيادة؟» وبمجرد أن يبدأ المريض فى الكلام يحثه الاكلينيكى على الكلام بأن يومىء برأسه علامة الموافقة — قائلا « هيه » وأحيانا بقوله « هل تستطيع أن تذكر لى شيئا أكثر عن هذا الموضوع ؟ » وهذا الاسلوب أقل تهديدا أو تسببا فى اضطراب المريض من الاسئلة المباشرة والمحددة ، ويسمح للقائم بالمقابلة أن يرى فى يسر ما هو مهم بالنسبة للمريض . ومع ذلك فان الأمر يتطلب وقتا طويلا قبل أن يذكر المريض بعض المعلومات الهامة من تلقاء نفسه .

أما المقابلة الموجهة:وهى الطريقة الثانية ، فإن القائم بالمقابلة يدرك أنه يريد أن يغطى بعض المعلومات وهو يقوم بتوجيه أسئلة مباشرة كثيرة . وبدلا من أن يستخدم الاسئلة الموجّهة العامة مثل « هل تستطيع أن تذكر لى شيئا عن طفولتك ؟ فإنه يسأل المريض بنوع خاص عن الأمراض التى اصابته فى طفولته ،

ومن هم الأطفال الآخرون فى الاسرة ،ومن كان منهم مفضلا من الأب ، وكيف كانت شخصية أمه ، أو شخصية أبيه . وعلى الرغم من أن هذه الطريقة تقدم معلومات أكثر من الطريقة الحرة وتسمح بتغطية عدد من المجالات الهامة ، إلا أنها قد تكون أكثر إقلاقا للمريض وقد تؤدى به إلى أن يكون أكثر حذرا . وقد يشعر المريض أيضا بأن دوره هو مجرد الاجابة عن الأسئلة التى توجه إليه ، وبالتالى يهمل الكلام عن بعض الموضوعات المؤلمة ، والتى يشعر أنها هامة ، ولكن القائم بالمقابلة لا يلمسها باسئلته المباشرة .

أما الطريقة الثالثة فهى التى يطلق عليها المقابلة المحددة : وهنا يضع القائم بالمقابلة شروطا (ظروفاً) مقننة لجميع الذين يقود بمقابلتهم ، فعليه أن يسأل نفس الاسئلة ، بنفس النظام عامة ، وأن يستخدم اجرآء مقننا بشأن أسئلة التتبع . ويستخدم السيكولوجى المقابلة المحددة ، على وجه عام ، عندما يرغب فى الحصول على تقدير أو درجه رقمية لتقويم خاصية معينة . وعلى الرغم من أن المقابلةالمحددة تستخدماحيانا فى العمل الاكلينيكى معالمرضى إلاأنهاتستخدم أساساً فى أغراض البحث .

ومن الممكن أن تجتمع الطرق الثلاثة جميعا فىمقابلة واحدة معمريض واحد. فيبدأ القائم بالمقابلة بالطريقة الحرة بقدر ما ، ويستكمل معلوماته بأسئلة مباشرة بدرجه أكبر ، وقد يضمنها مقابلة محددة لقياس متغير معين فى نهاية مقابلته الاكلينيكية . وعلى الرغم من صعوبة تصور الحصول على صورة متكاملة للفرد ، تتضمن العلاقه بين خبرته الماضية وسلوكه الحالى دون القيام بالمقابلة ، إلا أن المشكلة الكبرى فى هذا الاسلوب هى فى عدم وجود طريقة موضوعية لتقويمالمعلومات التى نحصل عليها ،فالمقابلة تمد الاكلينيكى بالعديد منالفروض،

وإن كان بعضها يعكس انحيازاته الخاصة ، أو يقوم على حدس لا يعتمد على معلومات كافية . وعلى ذلك ينبغى أن تأخذ الاحكام المستخلصة من المقابلة بالحذر . ومعظم السيكولوجيين يفضلون أن يستكملوا المقابلات التى تفسر على أساس ذاتى باختبارات أخرى موضوعية .

الاستخبار :

لعب الاستخبار دورا بارزا فى المحاولات الأولى لقياس الشخصية فى الولايات المتحدة . فكان المفحوص يواجه عادة سلسلة من العبارات ويطلب منه أن يبين ما إذا كانت العبارات صحيحة أو غير صحيحة بالنسبة له أو ما إذا كان لا يستطيع أن يقرر أو يعرف ذلك . وفى بعض الاحيان كان يسأل عما اذا كان يوافق أولا يوافق على العبارة ، أو إلى أى مدى يوافق أولا يوافق عليها . وكانت هذه الموافقة تحدد عادة بأن يوضح علامة على مقياس تقديرى كالمبين فيما بعد . وفى أنواع أخرى من الاستخبار كان على المفحوص أن يقرر أى العبارتين البديلتين أكثر صحة بالنسبة له . وهذه هى الطريقة التى يطلق عليها طريقة الاختيار الإجبارى ، وكانت الاختبارات ترتب عادة بحيث تكون العبارات ايجابية أو سلبية بالتساوى ، ونتيجة لذلك لا يمكن للمفحوص أن يتفادى أن يصف نفسه بعبارات سلبية . ولقد وضحت هذه الأنواع فيما يلى ومن السهل التعرف عليها . وهذه الأمثلة وضعت لغرض التوضيح ولم تؤخذ من أى استخبار معين .

إستخبارات الصحيح والخطا

ضع دائرة حول كلمة « صحيح » إذا كانت العبارة التالية صادقة بالنسبة لك ، وضع دائرة حول كلمة « خطأ » إذا كانت غير صحيحة بالنسبة لك ، وضع دائرة حول علامة الاستفهام إذا كنت لا تعلم هل هى صحيحة أم لا أولا تستطيع أن تقرر ذلك .

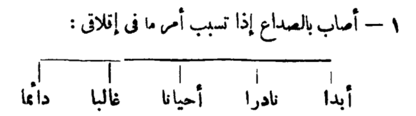
؟ صحيح خطأ ١ — غالباً ما أصاب بالصداع إذا تسبب أمر فى إقلاق .

؟ صحيح خطأ ٢ — عادة أتأثر تأثيراً شديداً بآراء الآخرين قبل أن اتخذ قرارات هامة.

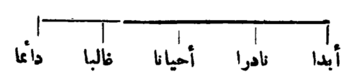
مقياس الموافقة

ضع علامة ✓ على المقياس بعد كل عبارة لتبين درجة صحـــة العبارة بالنسبـــة لك .

١ — أصاب بالصداع إذا تسبب أمر ما فى إقلاق :



٢ — أتأثر تأثراً شديدا بآراء الآخرين عندما يتعين على أن أتخـذ قرارات هامة :



استخبارات الاختيار الاجبارى

أرجو أن تضع علامة ✓ أمام عبارة واحدة من كل زوج من العبارات

الآتية ، وهى العبارة التى تعتبرها صحيحة أكثر من الأخرى بالنسبة لك، ويجب أن تضع العلامة أمام عبارة واحدة فقط من كل زوج من العبارات :

١ — (ا) من المحتمل جداً إن أصاب بصداع إذا ماتسبب أمر ما فى إقلاق .

(ب) من المحتمل جداً أن أثور بشدة إذا ما تسبب أمر فى إقلاق .

٢ — (ا) عندما أتخذ قراراً هاماً فإننى أعتمد غالباً على نصيحة الآخرين .

(ب) غالباً ما أتخذ قراراتى باندفاع عندما يتعين على أن اتخذ قرارات هامة

ويعتبر اختبار منسوتا للمتعدد الأوجه للشخصية (إختبار الشخصية المتعدد الأوجه) Minnesota Multiphasic Personlity Invemtory, (M. M. P. I.) أوسع الاختبارات استخداما للأغراض الإكلينيكية مع المراهقين والراشدين. ويتضمن هذا الاختبار عدداً كبيرا جداً من بنود الصح والخطأ (٥٥٠ بنداً) ويتطلب من المفحوص للاجابة عليه ما بين ٤٥ دقيقة إلى ساعتين ، ويصحح عادة على أساس درجة المقابلة بين استجابات الفرد للبند واستجابات المرضى الذين تم تشخيصهم فى فئات مختلفة مثل الفصاميين ، والانقباضيين الهوسيين والسيكوباثيين والفئات المختلفة من العصابيين . وبعبارة أخرى ، وضع هذا الاختبار على أساس التخطيط التشخيص السيكياترى الذى سبق أن تحدثنا عنه آنفاً . ومع ذلك فقد وضعت له مقاييس أخرى لأغراض أخرى . فقد وضعت طريقتان خاصتان فى التصحيح بقصد محاوله توفير معلومات عما إذا كان المفحوص يحاول قاصدا أن يموه استجاباته ، وكذلك لقياس مدى محاولته شعوريا أو لا شعوريا عدم الكشف عن مرضه النفسى للمختبر ،ويحاول مقياس ثالث أن يقيس مدى تعاون المفحوص فى اتباع التعليمات التى يتطلبها الاختبار.

والاستخبارات بوجه عام مميزات عدة : (١) أن من السهل تصحيحها

وتحتاج إلى وقت قصير من المفحوص لاجرائها . (٢) أن الدرجات موضوعية ولا مجال لأن تتدخل انحيازات المختبر أو تشويهاته فى عملية التصحيح . (٣) أن الاستخبارات يمكن أن تعطى لعدة أفراد فى وقت واحد ، ويمكن أن يقوم بتصحيحها غير المتخصصين . أى أنها بعبارة أخرى اقتصادية ، وبالتالى فهى تستخدم لأغراض المسح (أى أنها تستخدم عندما يستلزم الأمر اختيار الأفراد الذين فى الحدود القصوى للمجموعة) ولهذا السبب استخدمت هذه الاستخبارات فى الحربين العالميتين الأولى والثانية كاستخبارات مسح للكشف عن سوء التوافق أو الاضطراب السيكولوجى ، كما أنها تستخدم أيضا فى المدارس والكليات لنفس الغرض .

ولكن هذه الاستخبارات إذا ما استخدمت فى سبيل الأغراض الإكلينيكية الفردية فإنها تعانى من نواحى قصور متعددة : من أهمها ، أن المفحوص قد يحرف شعوريا أو لا شعورياً ، إجاباته لأسباب معينة . وثانياً ، إن الدرجات التى يحصل عليها المفحوص قد لا تمدنا إلا بمعلومات ضئيلة نسبياً . فإذا ما دخل الفرد عيادة أو مستشفى كمريض فإن سوء توافقه أو اضطرابه اضطراباً شديداً ليس بالأمر الجديد علينا . وثالثاً ، أن هذه الأدوات تتجه عادة نحو أسئلة معينة لها دلالة بالنسبة لمعظم الناس ، ولكنها بالنسبة لمريض معين قد لا تكون لها صلة بمشكلته ، وبعبارة أخرى لا تعطى المريض الفرصة لأن يصف أو أن يستجيب لما هو هام بالنسبة له . ففى الوقت الذى لا يقدم فيه أية إشارة تدل على الاضطراب فى إجابته على الاسئلة التى يتضمنها الاختبار ، فقد يكون مضطربا تماماً فيما يتعلق ببعض المشكلات التى لا يتضمنها الاختبار .

وغالبا ما يستخدم هذا النوع من الوسائل مرتبطا بمنهج البحث وفقا لنظريات السمات أو المرض باعتبار وحدة مستقلة بذاتها ، وإما احتمال استخدامه إذا كان الاكلينيكي يسعى وراء معلومات تتعلق بالديناميات أو دوافع السلوك (أو الأساس الواقعي وراء السلوك) فإنه ضئيل . وبعض الاستخبارات الجديدة ، مثل الاستخبار الذى وضعه د . كراون D. Crowne ود . ماركو D. morlowe [٩] ، لا تعتمد على افتراض دقة المفحوص فى روايته عن نفسه ، ولكنها تقيس دوافع أكثر خفاء . وهذا النوع من الاستخبارات يتضمن بنودا خاصة من غير المحتمل أن تصدق على أى فرد ، ويمكن للاكلينيكي أن يخرج باستنتاجات تتعلق بقوة دوافع معينة على أساس موافقة المفحوص لهذه البنود . ومن أمثلة هذه البنود البند التالى . «لا أشعر اطلاقا بالغضب مهما كانت المعاملة التى ألقاها غير عادلة» .

وقد قدم لنا وليم بيبر William Piper مثالا يوضح استخدام أسلوب الاستخبار البسيط فى القياس. فقدحاول المعالجون النفسيون لمدة طويلة الوصول إلى طريقة للتنبوء بالمرضى الذين سوف يتابعون العلاج حتى نهايته ، بعد جلسة أو جلستين من الجلسات العلاجية وقبل أن تظهر لهم أية فائدة من العلاج . وهذا التنبوء هام بوجه خاص لأن عيادات الكليات والعيادات العامة تواجه قوائم انتظار طويلة ، ومن المهم ألا نضيع وقتا طويلا من الوقت المحدد المتاح للمعالجين القائمين بالعلاج مع المرضى الذين تنقصهم دوافع الاستمرار فيه دون الحصول على فائدة ما . وقد استخدم بيبر — آخذا بنظرية التعلم الاجتماعى كأساس لتفكيره — صورة مراجعة من قائمة مونى للمشكلات

(9) «A New Scale of Social Desirability Indeipendent of Psychopathology. «*Journal of Consulting Psychology*», 24: (1960) 349—54.

Mooney Problem Check List . فقد سأل طلبة الكليات الذين يطلبون العلاج النفسى فى عيادة للصحة النفسية أن يضعوا علامات أمام المشكلات والاعراض السيكولوجية المتعددة التى يشكون منها إذا ما كانت هذه المشكلات والاعراض تضايقهم . وطلب من المفحوصين ، لا أن يضعوا علامة أمام هذه المشكلات بحسب ، بل أن يضعوا تقديرا لكل مشكلة من حيث توقعهم أو عدم توقعهم بأن العلاج النفسى سوف يساعدهم على التغلب على هذه المشكلة ، وأن يقدروا مدى أهمية الحصول على مساعدة للتغلب على كل مشكلة . وقد استخدم متوسط تقديرات توقعات المساعدة ، ومتوسط تقديرات أهمية حل المشكلات ، كمقياسين لحرية الحركة وقيمة الحاجة . وهذان المتغيران ، كما نتذكر ، هما المحددان الرئيسيان للسلوك الموجه نحو هدف فى نظرية التعلم الاجتماعى .

وقد قارن بيبر المفحوصين الذين انهوا العلاج فى أقل من أربع جلسات (بدون الاستفادة وفقا لتقديرات معالجيهم) بالمفحوصين الذين استمروا فى العلاج لثمانى جلسات على الأقل ، متنبئا بأن الذين حصلوا على تقديرات عالية فى هذين المتغيرين هم الذين يستمرون فى العلاج (المستمرون) ، وأن الذين يحصلون على تقديرات منخفضة هم الذين ينقطعون عنه (المنقطعون) ،والجدول رقم ٤ يوضح مدى نجاح تنبؤه .

ومن الممكن أن نلاحظ أن المنقطعين من بين المجموعة التى كان يتوقع منها عددا ضئيلا من المنقطعين ، وهى مجموعة التوقعات العالية ، وقيم التدعيم العالية كانوا اثنين من خمسة عشر فردا ؛ وأن المستمرين من بين المجموعة التى كان يتوقع منها عددا ضئيلا من المستمرين ، وهى مجموعة التوقعات المنخفضة وقيم

التدعيم المنخفضة ، كانوا ثلاثة من بين ثلاثة عشر فرداً . ومن الطبيعى أنه لا يمكن تعميم نجاح هذا الأسلوب البسيط فى التقدير الذاتى على جميع الأساليب المماثلة، ومع ذلك فهو يوضح أنه إذا اوضعت مثل هذا الأساليب لأهداف خاصة لتستخدم فى مواقف خاصة فإنها تكون ذات فائدة كبيرة حقاً .

جدول ٤ — المستمرون فى العلاج النفسى والمنقطعون عنه ممن حصلوا على تقديرات عالية ومنخفضة فى التوقعات وقيم التدعيم .

المجموعة	العدد الكلى للمرضى	عدد المستمرون ونسبتهم المئوية	عدد المنقطعين ونسبتهم المئوية
التوقعات العالية وقيم التدعيم العالية :	١٥	١٣ (٨٧٪)	٢ (١٣٪)
التوقعات العالية وقيم التدعيم المنخفضة :	٥	٢ (٤٠٪)	٣ (٦٠٪)
التوقعات المنخفضة وقيم التدعيم العالية :	٧	٣ (٤٣٪)	٤ (٥٧٪)
التوقعات المنخفضة وقيم التدعيم المنخفضة :	١٣	٣ (٢٣٪)	١٠ (٧٧٪)

From William E. Piper «The Relation of Expectancy to several Variables Related to Psychotherapy» Master's Thesis, University of Connecticut, 1969, by permission.

الاساليب الاسقاطية :

وكنتيجة لمحاولة تفادى قصور التقرير الذاتى من ناحية ، ولمحاولة الوصول

إلى الدوافع اللاشعورية بدلا من السمات السطحية والاتجاهات من ناحية أخرى انتشر نوع جديد نسبياً من وسائل التقويم الإكلينيكى. هذه الوسائل هى ما يطلق عليه بوجه عام الأساليب الاسقاطية أكثر مما يطلق عليها الاختبارات الاسقاطية لأن إجراءها لا يتقيد كثيراً بالشكليات، ولأن تقدير الاستجابات وتفسيرها أكثر ذاتية، وفى هذه الأساليب يطلب عادة من المفحوص أن يقوم ببعض الأعمال البسيطة التخيلية، كأن يرسم شيئاً ما، أو أن يكمل بعض الجمل (العبارات) الناقصة، أو أن يروى قصة حول صورة ، أو أن يذكر أنواع الارتباطات التى تثيرها أنواع معينة من المثيرات. ومن المفترض فى هذه الاختبارات أن ما يصدر عن المفحوص ، سواء كان تخيلياً أو تنظيمياً ، يكشف خصائص هامة وثابتة فى شخصيته.

وهناك عدد أنواع من الاختبارات الاسقاطية يتميز معظمها بجميع أو بعض الخصائص التالية:

١ — الطريقة غير مباشرة : إذا قارنا الطرق الاسقاطية بالاستخبارات فإننا نجد أن هذه الطرق أكثر صعوبة بالنسبة للمفحوص الذى يرغب عن عمد فى تحريف إجابته أو معرفة الإجابة الجيدة من الإجابة غير الجيدة ، أو الإجابة الصحيحة من الإجابة الخاطئة . وحتى إذا اتخذ المفحوص موقفاً دفاعياً لاشعوريا فإنه يعجز عن تجنب الكشف عن بعض المظاهر الخاصة به لأنه لا يعرف ما الذى يسعى وراءه المختبر . وعلى الرغم من أن هذا لا يصدق تماماً على جميع الطرق الاسقاطية ، إلا أنه أكثر صدقا بالنسبة لها منه بالنسبة للاستخبارات . وفى بعض الاحوال ، وخاصة فى حالة اختبار بقع الحبر لرورشاخ ، فقد أمكن الكشف عن أهدافه بالنسبة لكثير من المفحوصين بسبب تكرار وصفه فى الصحف والمجلات المبسطة والسينما والتليفزيون .

٢ — توفر حرية الاستجابة : وتعتبر حرية الاستجابة الخاصية الثانية الهامة لبعض الوسائل الاسقاطية . فبدلا من أن تقتصر الاستجابة على نعم أولا أو لا أدرى ، أو بيان درجة الموافقة فإن فى الإمكان تقديم استجابات متعددة تعدداً كبيراً لما يطلب الاختبار أن يقوم به المفحوص . فإذا سئل المفحوص أن يحكى قصة عن صورة ما فإن مائة شخص لا شك يروون مائة قصة مختلفة ، ومن المفروض بهذه الطريقة أن تكشف استجابات المفحوص عما هو هام وحاسم بالنسبة له ، ففى حين يرى أحد المفحوصين قصصاً تدور أساسا حول الموت أو الانتحار عندما تعرض عليه مجموعة من الصور نجد مفحوصاً آخر يروى قصصاً تهتم جميعها بالانجاز والنجاح .

٣ — تفسير الاختبار يتناول متغيرات متعددة :

لما كان من الممكن للمفحوص أن يستجيب بعدة طرق مختلفة ، فإن من الممكن أيضاً فى حالة تفسير الاختبارات تقويم أنواع متعددة من المتغيرات أو قياسها . وليس من الممكن قياس جميع المفحوصين على نفس المتغيرات ، وهذا يجعل بعض هذه الوسائل، بطريقتها العادية فى التفسير قاصرة فيما يتعلق بأهداف البحث . وعلى الرغم من امكان أن نحدد بالنسبة لمفحوص واحد مدى عدوانه ، وبالنسبة لآخر مدى اعتماده على أمه لإشباعه انفعاليا ، إلا أنه كلما تعددت المتغيرات التى يمكن للوسيلة أن تقيسها أصبح من الصعب الحصول على معايير أو طرق موضوعية لتصحيح الاختبار .

ومن الممكن أن نصحح كثيرا من الأساليب الاسقاطية بطريقة موضوعية ولكننا بذلك نفقدها بعض مميزاتها. وفى بعض الحالات الأخرى، فإنه على الرغم من الوصول إلى الدرجات بطريقة موضوعية إلا أن تفسيرها يتطلب قدرا كبيرا

من الأحكام الذاتية . و نتيجة لذلك فإن الاختبارات الإسقاطية على الرغم من قيمتها البالغة للأغراض الاكلينيكية إلا أنها أميل إلى تقديم « فروض» وليس الحصول على «حقائق» عن المريض . وكذلك يحتاج القائم على إجرائها إلى تدريب وخبرة شاملين قبل أن يمكنه استخدامها بطريقة حكيمة ، وغالباً ماتحتاج هذه الاختبارات إلى وقت أطول بكثير لإجرائها وتصحيحها وتفسيرها من الوقت الذى تتطلبه الأنواع الأخرى من مقاييس الشخصية . ومن الناحية الأخرى ،إن المختبر المدرب ذو الخبرة يجد فيها فرصة لأن يلاحظ عدداً متنوعا من المرضى فى موقف معين نسبياً ، وأن يصدر أحكامه عن كيف تحدد الدوافع والخصائص الهامة الأقل ظهوراً سلوك الفرد .

وثمة أدلة على أن كثيراً من العوامل المؤقتة تؤثر على استجابات الأفراد على الاختبارات الاسقاطية وهذه أيضا ، يجب أن يقدرها الاكلينيكى ذو الخبرة عندما يصدر أحكامه. أن التسليم بافتراض إمكان إخفاء الهدف من الاختبارات الاسقاطية لايجد دائما ما يبرره ، كما هو ظاهر من نتائج البحوث من أن المفحوصين يستطيعون أن يقدموا انطباعا أفضل إذا ماطلب إليهم فى التعليمات أن يقوموا بذلك . وعلى الرغم من أن المفحوص فى كثير من الحالات لا يستطيع أن يقدم انطباعا حسنا ، لأنه إلى حد ما ، لايعرف كيف يقوم بذلك ، إلا أن من الواضح أنه سوف يستجيب بطريقة محبطة جداً إذا ظن أن نتائج الاختبار يمكن أن تستخدم ضده . وأن استجاباته سوف تختلف اختلافا له دلالته عن الاستجابات التى يقدمها إذا ما شعر بأن الاختبار لن يستخدم لأغراض الاختبار .

ومن الامثلة التى تدل على تغير طريقة الافراد فى الاستجابة فى المواقف المختلفة الدراسة التى قامت بها إديث هنرى Edith Henry ومؤلف هذا

الكتاب[١٠] . فى هذه الدراسة طبق اختبار بقع الحبر لرورشاخ على مجموعتين من ثلاثين طالبة من طالبات الكليات . إحداها وهى المجموعة الضابطة ، تلقت التعليمات المعتادة ، التى تذكر أن الناس يرون أشياء مختلفة فى بقع الحبر وأن عليهم أن يذكروا للمختبر ما يرونه ، وما تذكرهم به بقع الحبر ، وأنه لا توجد إجابات صواب أو خطأ . أما المجموعة التجريبية فقد تلقت نفس التعليمات ، ولكنها قبل ذلك قيل لها أو ذكرت بأن الاختبار قد استخدم فى المستشفيات العقلية لعدة سنوات لدراسة الاضطرابات الانفعالية ، وأنه يستخدم فى هذه الدراسة للقيام بمسح للكلية . إن هذه الإضافة البسيطة غير الضارة للتعليمات المعتادة والتى تذكر معظم المفحوصين بما سبق لهم معرفته عن طريق مقالات الصحف ، وبرامج التلفزيون ، والسينما ، أحدثت تغييرات واضحة فى متوسط درجات المجموعتين . فكان متوسط مجموع الاستجابات لكل مفحوص فى المجموعة التجريبية ١٦ وكان المتوسط فى المجموعة الضابطة ٢٣ استجابة وقد كان هذا الفرق ذا دلالة عالية . ودل ذلك على أن المفحوصين فى المجموعة التجريبية كانوا أكثر عناية فى انتقاء الاستجابات التى تحتويها البقع والتى كان فيها الشكل واضحاً ، أى أنهم لم يسمحوا لانفسهم بقليل من الحرية والخيال . وارتفعت نسبة الاستجابات الشائعة أو المنطقية من ٤ ٪ فى المجموعة الضابطة إلى ١٢ ٪ فى المجموعة التجريبية .

وليست التغييرات البسيطة فى التعليمات هى التى تؤثر على استجابات فقط الاختبارات الاسقاطية ، ولكن خصال المختبر قد تكون لها أهميتها . والواقع أن من الممكن إثبات أن هذا لا ينطبق على الاختبارات الاسقاطية

---

(10) Edith Henry, and T. B. Rotter, «Situational Influences on Rorschach Responses,» *Journal of Consulting Psychology*, 20 (1956) : 457—62.

بل أنه لينطبق كذلك على الاستخبارات واختبارات القدرات . ومن أمثلة هذه الدراسات البحث الذى قام به بول موسن Paul Mussen وألفين سكودل Alvin Scodel . [11] فقد عرضا على مجموعتين من الطلبة (الذكور) مجموعة من الصور تتكون من ثمانى صور لنساء عرايا جميلات، وسألا الطلبة تقدير جاذبية كل واحدة . وعقب ذلك طلب منهم مجرب آخر أن يكتبوا قصصا (لدراسة أخرى منفصلة) عن مجموعة من اللوحات مأخوذة من اختبار تفهم الموضوع (ت . أ . ت) . وكانت الاختلافات بين المجموعتين هى أن الذى قام بعرض الصور العارية فى إحدى المجموعتين كان رجلا فى الستين من عمره يبدو فى مظهر أستاذ جاد إلى حد ما ، فى حين أن الذى قام بعرض الصور العارية على المجموعة الثانية كان شاباً طالباً فى الدراسات العليا لم يتخذ مظهراً رسمياً كما كان يبدو عليه التسامح . وكما هو متوقع ، وجد الباحثان أن المحتوى الجنسى فى القصص الذى كتبت عن لوحات اختبار تفهم الموضوع كان أكثر بالنسبة للمجموعة التى قام بعرض الصور العارية عليها طالب الدراسات العليا الذى لم يتخذ مظهرا رسميا .

وعلى الرغم من نواحى القصور هذه، فإن من الممكن أن تقدم الاختبارات الاسقاطية معلومات ليس من السهل استخلاصها بالطرق المباشرة . والاكلينيكى الممتاز هو الذى يعتبر الأحكام الذى يصدرها نتيجة هذه الاختبارات فروضا يتناولها بحذر ، ويقابلها بمعطيات أخرى أن أمكن .

---

(11) Paul H Mussen and Alvin Scodel, «The Effects of Sexual Stimulation under Varying Conditons on TAT Sexual Responsivess,» *Journal of Consulting Psychology*, 19, (1955) : 90.

أمثلة توضيحية للاختبارات الاسقاطية :

اختبار تداعي الكلمات :

يعتبر اختبار تداعي الكلمات الذى لا يزال يستخدم فى عدد من العيادات اختبارا سابقا على الاختبارات الاسقاطية الحديثة . وفيه تذكر كلمة كمنبه للمفحوصين ويطلب منهم أن يذكروا بأقصى سرعة ممكنة أول كلمة ترتبط بها وتخطر على ذهنهم . ويقوم الإكلينيكى بدراسة مايشير إلى حالات الاضطراب العقلى أو الانفعالى التى تكشف عنها الاستجابات المرجأة مدة طويلة ، أوخصائص الاستجابات الأخرى وكذلك محتواها . والأساس فى هذا الاختبار باعتباره أداة اكلينيكية ، يوجد فى أن عملية التداعى تكشف عن اضطرابات الفكر التى تميز فئات شاذة معينة ، وإلى هذه الفكرة أضاف يونج وهو زميل قديم لفرويد فكرة أن عملية التداعى يمكن أن تكشف ، عن اللاشعور والأفكار المكبوتة ، وأن تستخدم كطريقة للكشف عن « العقد اللاشعورية » .

وقد عرضنا فيا يلى لأغراض توضيحية عشر استجابات قدمها مريض راشد مقيم فى إحدى المستشفيات شُخِّص على أنه « مصاب بالفصام » ، مقارنة بعشر استجابات لراشد « سوى » من نفس المستوى التعليمى . والكلمات المنبهة هى جزء من اختبار كنت — روزانوف Kent --Rosanoff لتداعى الكلمات .

الكلمة المنبهة	الاستجابات « السوية »	استجابات المريض « بالفصام »
مائدة	مقعد	مقعد
يد	يمسك	اثم
ناعم	خشن	يلمس
امرأة	رجل	سوء
ينام	وسادة	موت
معدة	يأكل	يفتح
أصفر	أزرق	نار
فراش	ينام	عار
طفل	فتاة	نار
خائف	ظلام	الله

اختبار رورشاخ :

اختبار رورشاخ من أوسع الاختبارات استخداماً وأكثر الأساليب الاسقاطية ذيوعا ، فيه تعرض على المفحوص مجموعة من بقع الحبر ، ويطلب منه أن يذكر ما توحى به هذه البقع إليه . وليست هناك استجابات صحيحة أو خاطئة ، ولكن ما يراه المفحوص فى بقع الحبر يفترض أنها تعكس شخصيته وقد كانت الارتباطات فى أول الأمر تصحيح وتفسر بطريقة تسمح بأن تقارن استجابات المفحوص باستجابات المرضى المصنفين فى فئات مختلفة ، وكان الأساس النظرى هو افتراض أن الأنماط المرضية تميل إلى تخيل ما تراه بطرق مختلفة فالصور ، مثلا ، قد تكون صورا بصرية أو حركية . وكذلك

تلعب مفاهيم للسكات دوراً هاماً فى تصحيح اختبار رورشاخ بالاستجابات المختلفة التى التى تمثل الانفعالات والإرادة والعقل . أما فى الاستخدام الحالى للاختبار فقد أضيفت متغيرات أخرى إلى التصحيح لتقدير الاستجابات وفقاً للدراسة التحليلية للفرد .

اختبار تفهم الموضوع :

فى محاولة لدراسة الحاجات التى تعتبر متغيرات هامة فى نظرية الشخصية ، وضع موراى وزملاؤه سلسلة من الاختبارات ذات الطابع الاسقاطى . افترض موراى أن المفحوص لا يكون عادة واعياً بحاجاته ، وأن أية أداة تكشف عن فكره اللاشعورى سوف تمدنا بفهم أفضل من الاختبارات التى تعتمد على ما يورده الفرد عن نفسه . وشعر موراى أن الخيال يمدنا بهذه الوسيلة للحصول على الدوافع اللاشعورية ووضع مجموعة من الأساليب التى يذكر فيها المريض خيالاته عندما يستمع إلى الموسيقى ، أو يستكمل قصاً ناقصة ، أو عندما يذكر قصصاً عن بعض الصور . وهذه الأداة الأخيرة التى يذكر فيها المفحوص قصة عن صور أصبحت أكثر الأدوات استخداما . وتوجد لدينا الآن مجموعة من الصور المقننة للأغراض الإكلينيكية ، وكذلك مجموعات خاصة من الصور لقياس متغيرات معينة للاغراض الإكلينيكية والتجريبية .

وفى الشكلين ١ ، ٢ صورتان من النوع الذى يستخدم فى مثل هذه الاختبارات ، ولكنهما ليستا من بين الصور الموجودة فى أى مجموعة مقننة ، وفيما يلى نص القصتين اللتين ذكرتهما امرأتان فى مقتبل العمر ، وهما تصوران مدى ما يكون عليه الاختلاف بين هذه القصص ويستطيع القارىء أن يستنتج لنفسه ما يتعلق بهاتين الامرأتين .



شكل رقم (١)

المرآة الأولى :

حسنا يمكننى أن أقول أن هذه الفتاة تبلغ حوالى الرابعة عشرة . وأنها كانت دائماً خجولة وملتصقة بأمها إلتصاقا شديدا . وفى يوم من الأيام عندما كانت راجعة من المدرسة إلى البيت طلب منها أحـــد الشبان أن تقابلة فيما بعـد ليذهبا للتمشية . ولم تعرف ماذا تقول له ، ولهذا لم تفعل سوى أن امتنعت عن الرد عليه . وقطعت المسافة إلى المنزل راكضة . وعندما بلغت المنزل سألت أمها ما الذى كان عليها أن تفعله ، وحاولت أمها أن تشرح لهـا شيئا عن النمو وعن الشبان . ويبدوا أنها مضطربة تماما بشأن ما تسمعه من أمها لأنها فى الحقيقة لم تـكن تريد أن تـكبر ، وإنما أرادت أن تبقى فتاة صغيرة طوال حياتها .

وفى النهاية خرجت الفتاة مع الشبان وتزوجت شابا أوصت به أمها .

المرأة الثانية :

هذه صورة قديمة ومشكلة قديمة . هذه الفتاة كانت تلاحظ أن أمها كانت تزداد ميلا إلى شرب الخمر ، وأخيرا ادركت معنى أن تصبح أمها مدمنة على الخمر ، ولماذا كانت تتعثر احيانا ، أو تسقط أثناء السير ، وقد يغلبها النعاس فتنام فى غرفة المعيشة . وأخيرا اتهمت أمها بتناول الخمر وهنا فى الصورة تقول الأم انها أصبحت لا تستطيع الامتناع عن تناول الخمر ، ولكن الفتاة تطلب من أمها أن تمتنع عن ذلك لأنها تخجل من أصدقائها ، وتعتقد أنهم يتحدثون عن ذلك من ورائها ، غير أن الأم لا تمتنع . وأخيرا أخذت الأم إلى إحدى المؤسسات . وعندما كبرت الفتاة تركت المدينة وذهبت إلى مكان آخر حيث لا يعرفها أحد .



شكل رقم ٢

المرآة الأولى

هاتان الفتاتان اختنان تحضران حفلة عيد القديس فالنتين وهى حفلة رقص، وهما تستعدان للنزول والرقص مع الأولاد. وكلا منهما حزينة قليلا وهما تعتقدان أنهما لن تتمتعا بالرقص. والأخت الصغرى تساعد الاخت الكبرى، والكبرى منهما مخطوبة ولكن فى الرقص تجد الاخت الصغرى شابا تحبه كثيرا: وهى خجولة فى البداية، ولكنها بالتدريج تتغلب على خجلها، ويخطبها الشاب ويتزوجان وينجبان خمسة أطفال.

المرآة الثانية

هذه الصورة تحيرنى. لا أستطيع أن أذكر ماذا تفعل أحدى الفتاتين للاخرى. لنقل انهما اختان، وانهما خارجتان لموعد مزدوج، والبنت الجالسة هى الأخت الجميلة، والبنت الواقفة هى الأخت القبيحة التى فرض عليها أن تخدم أختها الجميلة. وهى تربط قلادة حول رقبة اختها، وهى تفكر «أننى أود حقا أن اخنقها». والأخت الجميلة تحصل على جميع المواعيد من الشبان وهى الأخت المحبوبة، أما الأخت القبيحة فلا تخرج إلا عندما ترتب الأخت الجميلة موعدا مزدوجا لهما معا. وتتزوج الأخت الجميلة رجلا غنيا فى المدينة، وتذهب لتعيش فى منزل كبير جميل، وفى يوم من الأيام تعثرت وهى نازلة على السلم وتنكسر عنقها. وعندما غادرت الأخت الجميلة البيت بدأ الناس يعترفون بأن الأخت القبيحة ليست على هذه الدرجة من القبح، وبدأت صداقات خاصة بها، وتتزوج شابا فقيرا يحبها حقا. ويعمل زوجها لحساب شخص آخر، ويناضلان نضالا شاقا لعدة سنوات. وأخيرا يستطيع الزوج أن يبدأ عملا خاصا به، وينجح فيه، وينالان احتراما كبيرا فى المجتمع الذى يعيشان فيه.

طريقة الجمل الناقصة :

يطلب من المفحوص فى طريقة الجمل الناقصة أن يكمل جملة ، يمده المختبر بالكلمة أو الكلمات الأولى منها . وهذه الطريقة ترتبط فى بعض النواحى بطريقة تداعى المعانى ، والفرق الأساسى هو فى طول المنبه : وتتطلب بعض تطبيقات الطريقة مجرد كلمة واحدة أو استجابة قصيرة ، وتستخدم أنواع مختلفة من الأصول (أى الكلمات التى ترد فى الاختبار ويكملها المفحوص) . وقد وضعت اختبارات الجمل الناقصة لقياس أنواع مختلفة من المتغيرات . وفيما يلى بعض الأمثلة لأنواع مختلفة من الأصول .

أنا أحب . . . . . .   أغضب عندما . . . .

هو يهتم عندما . . . .   الزنوج . . . .

وكما فى طريقة تداعى الكلمات قد تظهر ميول لاعاقة فهم الكلمة المنبهة أو تحريفها ، وتصنف الاستجابات على نحو شبيه بعض الشىء ، وحتى فى الاختبارات التى تشجع فيها السرعة لا توجد محاولة لقياس سرعة الاستجابة ، ولا يوجد فى الحقيقة ضغط للحصول على ارتباط سريع . وتقدم الاستجابات المعلومات التى يرغب فى تقديمها المفحوص ، أكثر من أن تقدم معلومات لا يرغب فى تقديمها ، ويكون التحليل عادة أشبه بالتحليل الذى يستخدم فى اختبار تفهم الموضوع منه بالتحليل الذى يستخدم فى طريقة تداعى الكلمات : ويفترض ، كما هو الحال فى الاساليب الاسقاطية الأخرى ، أن المفحوص يعكس تمنياته ورغباته ومخاوفه واتجاهاته فى الجمل التى يكونها ، ولكن هذه الطريقة تختلف فى أن ما يذكره المفحوص لا يعتمد على تفسيره للمنبه المقنن بالقدر الذى يعتمد على قدرته ورغبته فى الكتابة تحت ظروف الاختبار .

ومن الأمثلة التى توضح كيف يستخدم مثل هذه الاختبارات فى أغراض البحث الاكلينيكى ما قام به هربرت جيتر وستيفن وايز Herbert Getter and Stephen Weiss اللذان استخدما اختبار روتر للجمل الناقصة ، كمقياس لتوافق طلبة الكليات . وقد كانا مهتمين بما إذا كان طلبة الكليات الذين يترددون على عيادة الكلية أسوأ فى توافقهم السيكولوجى من هؤلاء الذين لا يترددون عليها . فإذا وجدا أن الأمرين مترابطان فإن هذا لن « يبرهن » على أن الشكاوى الطبية ليست حقيقية أو خطيرة ولكن هذا سوف يتضمن امكانية أن الأفراد الذين يترددون كثيرا على العيادة بسبب شكاوى جسمية بسيطة قد يكونون أكثر حاجة إلى مساعدة سيكرلوجية منهم إلى مساعدة طبية . وقد طبق جيتر وايز الاختبار على خمسة وخمسين من الطلبة الذين قضوا أربعة فصول دراسية فى الدراسة ، ثم تابعا بعد ذلك سجلاتهم الكاملة فى العيادة منذ التحاقهم بالكلية .وقام بتصحيح الاختبارات أناس لم تكن لهم معرفة بأهداف البحث ، ولم يسجلوا الزيارات للعيادة وذلك حتى لا يؤثر انحياز المجرب فى النتائج .وقد قسم المفحوصون عند الوسيط فى اختبار الجمل الناقصة إلى مجموعتين، المجموعة المتوافقة والمجموعة غير المتوافقة . والجدول رقم ٥ يوضح نتائج دراستهم .

جدول رقم (٥) تكرار الأسباب الأكثر ترددا لزيارة العيادة

الغرض من التردد على العيادة	المتوافقون ن = ٢٨	غير المتوافقين ن = ٢٧	المجموع
الشكوى من الجهاز التنفسى	٢٤	٥٠	٧٤
الإصابات والجروح	١٤	٤٤	٥٨
الشكوى من الجهاز الهضمى	٦	١٨	٢٤
الالتهابات الخارجية	١٤	٥	١٩
الاعتذارات الطبية	٥	١٣	١٨
غير ذلك	٩	٥١	٦٠

From Herbeirt Getter and Stephen D. Weiss « The Rotter Incomplete Sentences Blank Adjustment Score as Indicator of Somatic Complaint Frequency» Unpublished manuscript, University of Cnnecticut, 1967, by permission.

ويلاحظ بوضوح فى الجدول رقم ٥ أن الأشخاص الأقل توافقا قاموا بزيارات للعيادة أكثر من الأفضل توافقا فى جميع الفئات إلا فيما يتعلق بالعدوى الخارجية . وقد شعر جيتر ووايز أن السبب فى هذه الزيارات المتكررة كان جريا وراء اشباعات لاتكاليتهم ـ الحاجة إلى رعاية الآخرين لهم ـ التى لم تكن مشبعة فى الكلية بالنسبة للطلبة الحاصلين على درجات أعلى وهى الدرجات إليها تدل على سوء التوافق فى اختبار الجمل الناقصة .

طرق الملاحظة :

وصفنا ثلاث طرق لتقدير الشخصية ، اثنتان منها ، وهما المقابلة غير الشكلية

والاستخبار المقنن ، طريقتان محددتان إلى حد ما لأنهما تعتمدان على تقرير الشخص عن نفسه (التقرير الذاتى) . أما الطريقة الثالثة وهى الطريقة الاسقاطية فهى تخلو من هذا القصور . ومع ذلك فإن استجابات هذه الطرق الاسقاطية تتأثر بعدد كبير جدا من العوامل التى لا يمكن تعيينها بسهولة ، والاختبارات نفسها تحتاج إلى وقت طويل لتحليلها ، وهى قابلة لأن تتأثر بانحيازات المختبر . وهذه الطرق الثلاث جميعها تعطى معلومات عن المفحوصين فيما يمكن أن يطلق عليه موقف صناعى أو غير طبيعى . وبعض المشكلات المتضمنة فى هذه الطرق يمكن تلافيها إلى حد ما باستخدام أساليب ملاحظة السلوك .

وفى هذه الطرق يحاول سيكولوجى ببساطة أن يلاحظ الفرد فى مجاله الطبيعى . ويحدث هذا مع الأطفال احيانا فى المنزل أو فى الملعب . ومع الراشدين الموجودين فى المؤسسات يمكن ملاحظتهم فى أثناء وجودهم فى قاعات المستشفى أو فى أثناء العلاج المهنى مثلا .

وقد وضعت مقاييس لتقدير سلوك الأطفال بعناية ، كما وضعت مقاييس لتقدير سلوك المرضى العقليين المودعين فى المؤسسات : وليس من الممكن بصورة عامة أن يختبىء الملاحظ إذا ما أجرى التقدير فى المجال الطبيعى . ففى المختبر يمكن له أن يختبىء وراء مرآة تسمح بالرؤية من جانب واحد منها ، أو من وراء ستار ، ولكن فى مواقف الملاحظة الطبيعية لا بد وأن يكون مرئيا من الملاحظين بوجه عام وليس من السهل تحديد مدى تأثير وجود الملاحظ على البيانات التى يحصل عليها . فمن المفروض بوجه عام وجود مثل هذا التأثير ، ولكن لما كان من غير الممكن الحصول على نفس البيانات دون وجود أحد ، فإن من الصعب جدا أن نحدد أثر حضور الملاحظ ، ولكن يبدو من تقارير

المفحوصين والملاحظين أنهم يتعودون إلى حد ما على وجود الملاحظين الذين يعرفون أنهم يقدرون سلوكهم وانهم يسلكون بطريقة طبيعية . ومع ذلك فعلى الرغم من مميزات الملاحظة المباشرة والتى تجرى فى ظروف طبيعية ، فإن هذه الطريقة لاتزال تعانى من القصور الناشىء من أن حضور القائم بالتقدير يؤثر على سلوك الفرد الذى يقدره .

ومن الطبيعى أن تكون هذه الطريقة غير إقتصادية بالنسبة لوقت الفاحص ما دامت تقتصر على فرد واحد ، وأن كان من الممكن أن تكون اقتصادية لأغراض البحث حيث يمكن دراسة عدد من الأفراد فى وقت واحد كما فى حالة دراسة جميع الأفراد الموجودين فى قاعة واحدة من قاعات المستشفى . فيستطيع الاكلينيكى مثلا أن يدرس عدداً من المرضى فى وقت واحد لكى ينتقى من بين عدد كبير منهم مجموعة تتفق مع بعض المتطلبات اللازمة للعلاج النفسى الجمعى . ومثال آخر لتطبيق هذه الطريقة أن يلاحظ المعالج المرضى الذين يعالجون علاجا جماعيا وهم فى قاعتهم حتى يستطيع فهمهم بطريقة أفضل ، أو أن يقدر نتائج العلاج فى موقف من مواقف الحياة غير موقف العلاج نفسه .

اختبارات السلوك :

الأساليب السلوكية ـ مثل أساليب الملاحظة التى انتهينا حالا من مناقشتها ـ تميل إلى أن تعتمد بدرجة أقل على التقرير الذاتى للمفحوص . ومع ذلك فهى تختلف عن مواقف الملاحظة الطبيعية فى أن جميع المفحوصين يوضعون فى نفس موقف الاختبار المقنن : وعلى الرغم من أن الاختبارات السلوكية تفتقد ميزة الموقف الطبيعى لانها تستلزم موقفا مقننا ، إلا أنها تتجنب واحدا من نواحى القصور فى أسلوب الملاحظة . ففى موقف الملاحظة الطبيعى يحتاج الإنسان لأن

يهتم بملاءمة عينة الملاحظات، أو كونها ممثلة للسلوك، أى هل الفترة التى لاحظنا فيها المفحوص تعتبر نموذجاً للظروف العادية لهذا الموقف ؟ فعلى سبيل المثال هل من الممكن إذا لم يفقد المريض فى فترة الملاحظة التى تدوم خمس أو عشر دقيقة هدوءه أن نفترض أنه هادىء المزاج ، أو أن نفترض فقط أنه لم يحدث له شىء ما مما يسبب له احباطا أثناء هذه الفترة القصيرة ؟ أن اختبار السلوك لانه يضع كل شخص فى نفس الموقف يقدم لنا اساساً أسلم للمقارنة .

وطبعا ان جميع الاختبارات تقيس السلوك . ويستخدم مصطلح اختبار السلوك هنا لوصف هذه الوسائل التى يكون فيها السلوك الملاحظ هو نفس السلوك الذى يهتم الاكلينيكى بالتنبؤ به فى مواقف الحياة أو ما يشبهه . فبدلا من أن نسأل الشخص ما إذا كان يسعى وراء المساعدة (أى أنه يعتمد على الغير) عندما يحبط أو يقف أمامه عائق ، وبدلا من أن نقوم بتفسير للاعتماد على الغير من قصة قد يرويها فإن الاكينيكى فى أختبار السلوك يقيم عائقا أمام الفرد أو يسبب له احباطا ثم يقرر حينذاك على أساس معيار موضوعى مقبول عام ما إذا كان يطلب المساعدة أو إلى أى مدى يطلب المساعدة : وقد استخدم مكتب الخدمات الاستراتيجية الذى عمل فى اختبار العملاء السريين وسائل شبيهة بوسائل التقدير هذه بصورة شاملة فى اثناء الحرب العالمية الثانية .

وفى اختبارات السلوك قد يطلب من الأفراد القيام باعمال سخيفة لمعرفة قدرتهم على الاستمرار فى القيام بها ليرضوا المختبر ، أو أن يوضعوا فى موقف جماعى حيث يطلب منهم أن يقوموا بعمل من الأعمال الصعبة يتطلب القيام بها ضرورة التعاون مع الآخرين . وبعض أساليب « الاحباط » تتطلب القيام بأعمال لا يمكن إنجازها ، ثم يقوم الفاحص بملاحظة سلوك الفرد فى الوقت الذى

يتوالى فيه فشل مجهوداته للقيام بها . فمثلا نجد أن فردا ما ييأس بسهولة ويقول « أنه لأمر مستحيل » ، وآخر قد يلوم نفسه ولكنه يذكر أنه كان يستطيع أن يقوم بالعمل لو لم يكن قد سهر إلى وقت متأخر فى الليلة السابقة ، وأنه لم يكن فى حالة طيبة فى الأيام الأخيرة . وقد يصب شخص آخر جام غضبه على المختبر ، ويصف الاختبار بأنه « اختبار سخيف » وأن هذه التجارب السيكولوجية تدل على الجنون ، وأنها «لا تثبت شيئا» .وطبيعى أن تمثل النزعات التى تظهر فى مثال عملية الاختبار هذه ، مثل سرعة يأس المفحوص الأول ، ونزوع المفحوص الثانى إلى القاء تبعة فشله على الصحة وميل المفحوص الثالث إلى العدوان ، خصال هؤلاء الاشخاص في استجاباتهم للاحباط فى المواقف الأخرى .

وبعض هذه الأساليب يطلق عليها اختبارات السلوك دون تدخل، عندما يكون المفحوص غير مدرك بأن سلوكه موضع الملاحظة : ومثال ذلك أن يسجل الملاحظ وهو جالس فى نهاية غرفة الدراسة مقدار الحركة الدالة على الضيق (كمقياس للملل) الذى يحدث فى أثناء فترة الدراسة ، مقارنا بين الأفراد ، أو مقارنا المجموعة كلها تحت ظروف متباينة ، أو محددا التغير الذى يحدث فى مقدار الحركة الدالة على المضايقة فى المحاضرات أو الموضوعات المختلفة .

ملخص .

لايزال علم دراسة الشخصية فى مراحلة الأولى ، فهناك نظريات مختلفة كثيرة فيما يتعلق بالمظاهر الهامة للسلوك الإنسانى ، وهناك مصطلحات أو مفاهيم أو تكوينات تستخدم فى الوصول إلى تجريدات عن خصال الإنسان الأساسية : وينبغى أن يكون واضحا أن الاكلينيكى لا يواجه فقط بمشكلة تقرير ما الذى ينبغى أن يقيسه ، أنه يواجه أيضا وجود مشكلات بالغة الصعوبة

يتضمنها تقريره كيف يقيس . أن أمامنا عدة أساليب مختلفة لمشكلة قياس الشخصية أو تقويمها ، ولكل طريقة مميزاتها ونواحي قصورها . وبصرف النظر عن مدى سهولة الحصول على المعلومات إلا أن مشكلة تفسير أهمية اختبارات أو اساليب الشخصية ومعانيها أمر بالغ الصعوبة ، ولا يزال حتى الوقت الحاضر أمرا يعتمد على مهارة المختبر وخبرته . وعلى أية حال فإنه يمكن النظر إلى نتائج مثل هذه الاختبارات على أنها تقدم وصفا صحيحا ، وتسمح بالتنبؤ بسلوك الفرد فى المستقبل على أساس احتمالى فقط . وبوجه ، عام أن التنبؤات التى نتوصل إليها من اختبارات الشخصية يمكن الاعتماد عليها بدرجة أقل من الاعتماد على التنبؤات التى نتوصل إليها من اختبارات الذكاء أو القدرات وينشأ هذا ، إلى درجة كبيرة ، من حقيقة أن الفرد فى حالة مقاييس الذكاء أو القدرات يختبر فى موقف يشبه شبها كبيرا الموقف الذى نرغب فى التنبؤ به ، أما فى حالة اختبارات الشخصية ، فإن موقف الاختبار يختلف عادة اختلافا كبيرا عن موقف الحياة الحقيقية الذى نريد أن نتنبأ بشأنه .

ويحصل منظرو الشخصية والسيكولوجيون الاكلينيكيون على مكاسب جديدة فى فهم تعقدات السلوك الإنسانى والمشكلات المتأصلة فى قياس خصال الشخصية الثابتة والتنبؤ بها . وبالتدريج مع تحسن النظرية ومع تطبيق مناهج بحث أحدث على اجراءات الاختبارات ينبغى أن يصبح من الممكن الوصول إلى فهم أعظم وتنبؤات أدق للسلوك الإنسانى .

الفصل الخامس

العلاج النفسي

يعتبر علاج غير المتوافقين نفسياً بالأساليب السيكولوجية الوظيفة الثالثة الأساسية من وظائف السيكولوجى الإكلينيكى . والعلاج النفسى ، كما نعرفه فى هذا الكتاب تعريفاً واسعاً ، هو النشاط المخطط الذى يقوم به السيكولوجى هادفاً منه إلى تحقيق تغير فى الفرد يجعل حياته أسعد وأكثر بنائية أو كليهما معاً .

وكما تتباين أساليب إدراك الطبيعة الأساسية للإنسان ، مثلما رأينا حين قمنا بدراسة نظريات الشخصية المختلفة ومناقشتها ، فمن المنطقى كذلك أن تعكس محاولات إحداث تغيير فى الفرد تصور المعالج الخاص لطبيعة الشخصية ، أو أن تتحدد هذه المحاولات بهذا التصور . وبعبارة أخرى هناك عدة طرائق فى العلاج النفسى ترتبط كلها صراحة أو ضمناً بنظريات الشخصية . وفى هذا الفصل سوف نقوم بوصف بعض المناهج الرئيسية فى العلاج النفسى .

ومن المحتمل أن تكون أولى صور العلاج النفسى التى مارسها السيكولوجيون هو توجيه الأطفال ، فقد كان هؤلاء يقدمون على أساس من الفهم السليم النصيحة للآباء والمدرسين وغيرهم فيما يتعلق بمعاملة الأطفال أو علاجهم . وكانوا فى حالة الكبار يستخدمون مايشبه الإيحاء المباشر ، إما أملا فى

اختفاء أعراض معينة ، وإما للبرهنة للمريض على أنه قادر على القيام بأنواع أخرى من السلوك بتدريب قوة إرادته . وباستثناء المنومين الفرنسيين الأوائل والسيكولوجيين الذين كانوا يستخدمون الإيحاء ، كان الأسلوب المنظم الأول لتغيير الشخصية هو الأسلوب الذى نادى به سيجمند فرويد الذى ارتبطت طريقته فى تغيير الأفراد بالوسائل السيكولوجية ارتباطا واضحا بنظرية فى الشخصية . ولكى نفهم طبيعة العلاج بالتحليل النفسى من الضرورى أن نقدم بعض الإضافات إلى ماسبق أن ناقشناه من تصورات للعقل من وجهة نظر فرويد .

التحليل النفسى :

إن فرويد فى تطويره لنظاريته ، لم يقسم العقل إلى شعورى ولا شعورى فحسب ، ولكنه اقترح أيضاً وجود ثلاثة نظم مختلفة من الطاقة وهى الهو والأنا والأنا الأعلى .

ويتكون الهو من الطاقات الموجهة إلى الإشباعات الأساسية للغرائز الجنسية وغرائز الموت والتى تتضمن رغبات الكراهية والعدوان . وكان فرويد يعتقد أن الغرائز الجنسية تسيطر على الإنسان إلى حد كبير ، وإن كان تصوره لها يختلف عن التصور الشائع . ذلك أن فرويد يرى أن الإشباعات الجسمية ، بما فيها اللذة الناشئة عن استثارة الفم والاست ، هى جزء من الغرائز الجنسية . وكان فرويد يعتقد أن اللذة الناشئة عن تناول الطعام والإخراج ، وكذلك ما نطلق عليه الجنس لدى الكبار ، هى المحددات الأولية للسلوك . والاستجابة الطبيعية للكائن الحى إلى الإحباط هى العدوان أو الكراهية . وعادة لا يشعر الفرد بهذه الغرائز التى تكون الهو ولكنها مع ذلك توجهه .

أما الأنا : فيشمل الغرائز المتعلقة بالمحافظة على الذات ، فعن طريق الأنا يتعلم الفرد مايتعلق ببيئته ويوجه سلوكه لكى يتفادى الألم والعقاب. والعمليات العقلية الشعورية هى الأخرى جزء من وظيفة الأنا .

وفى حين نجد الفرد مدفوعاً للسعى وراء إشباعات غرائزه الجنسية والعدوانية إلا أن طبيعة الحضارة ذاتها تتطلب منه — فى نظر فرويد— أن يتعلم السيطرة على هذه الغرائز ، وألا يشبعها إلا فى أوقات محددة وبطرق معينة ، ولعل ذلك لكى لايتعرض نظام المجتمع إلى الاضطراب . وللسيطرة على مثل هذا السلوك وضع المجتمع سلسلة من المحرمات والعقوبات القاسية على الذين لايعملون وفقاً له . وتعتبر السيطرة على العدوان ، والتدريب فى وقت مبكر على النظافة والإخراج والتبول ، والفطام المبكر عن ثدى الأم ، وغير ذلك ، إحباطات وعقوبات فرضها المجتمع على أى إشباع لدوافع الهو ، ويقوم الوالدان بتعليمها لطفلهما بطريقة مباشرة فى العادة . وبتقبل الطفل وتعلمه للضوابط الضرورية لهذه المحرمات ، وبشعوره بالخجل عندما يخالفها (كالطفل الذى يبلل ثيابه بعد افتراض أنه قد تدرب على النظافة) يكون بذلك قد نمى الأنا الأعلى . وينشأ الأنا الأعلى من الأنا ، وهو يتكون من طاقات الفرد الموجهة لتجنب العقاب بسبب الخطيئة الأخلاقية . والأنا الأعلى ، مثل الأنا ، شعورى فى جزء منه ولاشعورى فى الجزء الآخر . والأنا الأعلى هو حصيلة إدماج الطفل لقيم والديه فى ذاته بحيث يؤدى ذلك به إلى أن يشعر بالذنب إزاء الخطيئة الأخلاقية سواء اكتشفها الآخرون أم لم يكتشفوها .

وفى رأى فرويد ، إن المظاهر الثلاثة للنفس—وهى : الهو والأنا ،والأنا الاعلى — تتحارب فيما بينها حربا مستمرة . فالهو يسعى وراء إشباعاته ، والأنا

يحاول أن يكيف مطالب الهو مع عالم الواقع ، والأنا الأعلى يحاول أن يسيطر على هذه الدوافع إذا لم تحظ بالموافقة من المجتمع .

ولما كان الاستنكار لا يتعرض للأفعال فقط ، بل إنه يتعرض للأفكار والرغبات أيضاً ، فإن الأنا الأعلى يمارس عمله بكبت أو دفع الأفكار والدوافع غير المقبولة إلى اللاشعور . ولكن الأفكار والدوافع تحاول أن تعبر عن نفسها بطريقة ما . وكثير من الأعراض التى ينظر إليها على أنها أعراض لاتوافقية أومرضية تعتبر من وجهة نظر التحليل النفسى نتيجة لمحاولات الدوافع اللاشعورية التعبير عن نفسها بصورة مقنّعة . وبعض الأعراض الأخرى هى فى الواقع محاولات لاستبقاء السيطرة على هذه الدوافع اللاشعورية . فمن المفروض أن القلق العصابى (أو الخوف المعمم) ، مثلا ، هو أسلوب يحاول به الفرد أن يحذر نفسه من أن دافعاً غير مقبول ينذر بالهروب من اللاشعور . والذنب حيلة عقلية (ميكانيزم) للانا الأعلى تحدث كنتيجة لتعرض المعايير المستبطنة (التى أصبحت جزءاً من الفرد) للخطر . وتعبّر الدوافع والمكبوتات اللاشعورية عن نفسها فى الأحلام وفى السلوك الرمزى الغريب .

ومن الممكن أن نرى من هذا التبسيط المبالغ فيه إلى حد ما أن الأمراض النفسية ، كما يراها فرويد ، هى إلى حد كبير نتيجة للدوافع اللاشعورية المكبوتة ويعتقد فرويد لذلك أن الذين نطلق عليهم السيكوباتيين المجرمين لم ينموا لديهم أنا أعلا قويا ، وبالتالى ليس لديهم سوى كبت ضئيل لغرائز الكراهية والعدوان لديهم ، أو أن سيطرتهم عليها ضعيفة . والعلاج بالتحليل النفسى الذى يهدف إلى تحرير بعض الدوافع اللاشعورية ليس ملائما لهم ، وهم كمجموعة لم ينجح التحليل النفسى التقليدى الذى قال به فرويد فى علاجهم .

وفى حين أكد فرويد الادوار التى تقوم بها الدوافع المكبوتة ونمو الأنا الأعلى نموا غير ملائم ، نجد أن مجموعة من المحللين النفسيين مثل هاينز هارتمان Heinz Hartman وارنست كريس Ernest Kris ودافيد رابابورت David Rapaport ، قد قاموا حديثا جداً بالتأكيد الشديد على الأنا ودوره فى الحياة النفسية بما فيها السيكوباثولوجيا (المرض النفسى) . ويحتفظ « سيكولوجيو الأنا » هؤلاء بمركز مستقل للأنا ، ويؤكدون على محاولة الفرد مواجهة مطالب الواقع ، والوظائف التكاملية للانا ، والدرجة التى بها يدافع الانا عن الفرد إزاء العقاب والفشل . ومثل هذه الدفاعات التى يقوم بها الانا قد تموه الواقع بصورة يتميز بها الفرد عن غيره ، وتقدم لنا أساساً لفهم السيكوباثولوجيا (المرض النفسى) .

وفيما يتعلق بالمجموعات الأساسية الأخرى للامراض النفسية والعقلية ، أى العُصابات النفسية ، والذُهانات ، يفترض المحللون النفسيون أن دوافع الهو القوية تقابل بالكبت ، وأن الاضطراب (النفسى أو العقلى) إما أن يمثل طريقة للتعبير عن الدوافع المكبوته ، أو طريقة للتحكم فيها ، أو كليهما . ومشكلة العلاج النفسى هى تحرير هذه الدوافع اللاشعورية ، وذلك بإضعاف الأنا الأعلى جزئيا واخضاع الدوافع لسيطرة الأنا الشعورية . وتعتبر الدوافع غريزية ولذلك لا يمكن التخلص منها، إلا أن من المستحيل المحافظة على مجتمع متحضر مع السماح بالتعبير عنها بحرية ، بل أن المثل الأعلى للتوافق الجيد يستلزم إدراك الفرد لدوافعه إدركا شعوريا وتكييفها لمطالب الواقع . وقدكانت هذه الاعتبارات أساسية بالنسبة لتطور إجراءات العلاج وفقا لنظرية التحليل النفسى .

وللوصول إلى تحرير هذه الدوافع المكبوتة والسماح لها بالظهور فى دائرة الشعور ينبغى أن يكون جو العلاج مسترخياً ومتسامحاً ، وغالباً ما يسترخى المريض على الأريكة ويشجع على ذكر كل ما يشعر به دون خوف أو نقد أو نصح أخلاقى من جانب المعالج . ولكى يحصل كل من المعالج والمريض على أدلة لتفكير المريض اللاشعورى فإنه يطلب منه أن يذكر أحلامه (التى يفترض أن دوافعه اللاشعورية تكشف عن نفسها بطريقة ومزية) أو يدع عقله ينطلق بحرية بحيث أن كل ارتباط يقود إلى ارتباط آخر دون محاولة التحدث عن شىء معين بالذات . وهذا الأسلوب الأخير هو ما يطلق عليه التداعى الحر . وأحياناً يطلب من المرضى أن يطلقوا لأنفسهم عنان التداعى الحر حول الأمور التى تظهر لهم فى أحلامهم . وقد يقوم المعالج أحيانا بتفسير أو شرح معنى ما قاله أو فعله المريض حتى يستطيع المريض أن يفهم دوافعه اللاشعورية ، ويطلق على إظهار المواد المكبوتة أو اللاشعورية التفريغ الانفعالى. ويؤدى كل من التفريغ الانفعالى والتفسير إلى الاستبصار ، أى إدراك الفرد الشعورى لدوافعه والأسباب اللاشعورية وراء سلوكه . وعندما يدرك الفرد دوافعه الحقيقية فإن المفروض انه يصبح قادراً على التعامل معها عن طريق الأنا مخففاً من الأعراض ومؤدياً إلى توافق أكثر ثباتاً . ومن المفروض فى أثناء العلاج أن يبدأ المريض تدريجياً فى الشعور بالمعالج كبديل للأب (التحويل) ، ولما كان المعالج أكثر تسامحاً فإن ذلك يؤدى فى النهاية إلى إضعاف قيود الأنا الأعلى . وكذلك « يحول » المريض مشاعره السلبية نحو والديه إلى المعالج ، ويمر فى مرحلة طويلة لايتعاون خلالها بانطلاق فى العمليات العلاجية وهذا التحويل السلبي ينبغى فهمه وشرحه فى ضوء خبرات الطفولة ، وهذه بدورها ينبغى أن تستكشف بالتفصيل . والأنا الأعلى لا يستسلم بسهولة ،

وفى أثناء العلاج يلجأ المريض إلى أساليب متنوعة لتفادى محاولات إظهار المادة اللاشعورية . والعلاج الناتج من هذا مسألة يتطلب وقتاً طويلا فهو قد يستمر عدة سنوات ، وحتى فى هذه الحالة غالباً ما يعتبره المعالج والمريض علاجاً غير ناجح . وباختصار ، يؤدى كل من التسامح والتحويل الموجب إلى التفريغ الانفعالى . والتفريغ الانفعالى مع التفسير والعمل على مواجهة التحويل السلبي يؤدى فى النهاية إلى الاستبصار وسيطرة الأنا على الدوافع .

وقد طبقت ميلانى كلين Melanie Klein وأنّا فرويد Anna Freud وهما من أتباع سيجمند فرويد هذه الطريقة فى علاج الأطفال . والاختلاف الرئيسى لعلاج الأطفال عن علاج الراشدين هو أن الأطفال يعبرون عن دوافعهم اللاشعورية عن طريق اللعب بدلا من المشاركة فى التداعى الحر وتحليل الأحلام . وفى حين تقدم أنّا فرويد قليلا من التفسير فإن ميلانى كلين تفسر للطفل سلوكه بأسلوب شبيه بالتفسير الذى يقدمه المحلل فى التحليل النفسى للكبار . وهنا أيضاً يكون أسلوب العلاج طويلا وممتداً وفى كثير من الأحيان لا يؤدى إلى تحسن ملموس .

وقد انبثق من أساليب التحليل النفسى للعلاج عن طريق اللعب عدد من الأساليب التى تحتاج إلى فترات أقصر والتى أكدت تأكيداً كبيراً فكرة التفريغ الانفعالى أو التعبير عن المكبوتات اللاشعورية . ومن المفروض فى مثل هذه الإجراءات أن تظهر الفوائد العلاجية للطفل نتيجة لتعبيره عن نفسه التعبير الحق عن طريق الرسم بالأصابع ، واللعب العدوانى بالعرائس ، وفرقعة البالونات ، والسماح له بالتلطيخ بالرمل والطين ، وغير ذلك ، وتستند مثل هذه الأساليب على الاعتقاد بأن نواة الصعوبات التى يواجهها الطفل هى العداوات المكبوتة التى يحتاج إلى أن يعبر عنها حتى يتحسن حاله .

وأدت هذه الطريقة فى العلاج إلى استبصارات متعددة خاصة بالمظاهر الخفية للشخصية . ومع ذلك يرى الكثيرون أن طريقة العلاج هذه تستغرق وقتاً طويلا جداً ، وأنها غير كافية ، وأنها باهظة التكاليف بحيث لا يمكن استخدامها مع معظم الناس . وقد لاحظ فرويد وكثير من المحللين النفسيين الآخرين أنفسهم أن الطريقة ليست ملائمة لأنواع عديدة من المرض بما فيهم السيكوباتيين والذهانيين والمرضى الذين يقل ذكاؤهم عن المتوسط .

وعلى الرغم من أن عدداً كبيراً من الأساليب الأحدث ، والتى تتطلب فترة زمنية أقصر قد توصل إليها أتباع لسيجمند فرويد ، وأصحاب نظريات يختلفون عنه فى تصورهم لطبيعة الإنسان اختلافا أساسياً ، إلا أن جميع طرق العلاج تقريباً تستخدم أسلوباً أو آخر من الأساليب الخاصة التى استخدمها فرويد وهى : التقبل الشخصى ، والتسامح ، والتحويل ، والتفريغ الانفعالى ، والتفسير ، والاستبصار .

طريقة ادلر فى العلاج النفسى :

كان الفريد أدلر Alfred Adler من أوائل زملاء فرويد ، وقد انفصل عنه فيما بعد بسبب الاختلاف على عدة مسائل نظرية هامة ، وأسس مدرسية فكرية خاصة به أطلق عليها « علم النفس الفردى » . واحتفظ أدلر بفكرة فرويد فى أن السلوك مدفوع أو موجه نحو هدف ما ، وأقر بأن الفرد لا يدرك عادة دوافعه الخاصة ، ومعنى سلوكه أو دلالته ، ومع ذلك فهو لم يقسم النفس إلى قسمين شعورى ولاشعورى أو إلى نظم مختلفة من الطاقات الغريزية .

وأشد مارفضه أدلر من نظرية فرويد هو تأكيده على الدافع الجنسى على

أنه دافع أساسي سواء بالنسبة للطفل ، أم بالنسبة للراشد ، وثانياً رفضه لفكرة أن الغرائز نفسها هي محددات السلوك . وقد عارض أدلر بخاصة تأكيد فرويد الذي يكاد يكون شاملا تقريباً لدور سلوك الوالدين في تحديد شخصية الطفل وتوافقه ، وبدلا من ذلك أكد أدلر ما أطلق عليه ديناميات الأسرة ككل ، وأكد بصورة أقوى أهمية مركز الطفل بين إخوته ، وما ينشأ بينهم من تنافس ، وكذلك تكوين الأسرة بوجه عام . فمثلا ، إذا كان هناك طفلان يتشابه والداهما ولكن أحدهما طفل وحيد والآخر يتوسط أخوة ثلاثة أو أكثر ، فإننا نجد لكل منهما شخصية تختلف عن الآخر تماماً . وقد رفض أدلر الغرائز باعتبار أنها دوافع السلوك ، وأكد بدلا من ذلك أنه لما كان جميع الأطفال يولدون في هذا العالم لا حول لهم ولا طول ، وغير قادرين على إطعام أنفسهم أو القيام بأي عمل للحصول على أي اشباع ، وأنه من الضروري لهم أن يعتمدوا على الآخرين في سبيل البقاء ، فإن كل طفل يتكون لديه شعور بعدم الملاءمة أو الدونية . وقد شعر أدلر بأن التعويض أو التعويض المبالغ فيه عن الضعف والنقص لدى الإنسان ومعظم الحيوان خاصية بيولوجية ، ولما كان كل فرد يشعر بعدم الملاءمة أو الضعف ، فإن كل فرد يحاول أن يعوض ، أو أن يعوض تعويضاً زائداً ، عن هذا الضعف الذي يشعر به ، وذلك بأن يسعى للتفوق أو الحصول على القوة والسيطرة . وكل طفل ، نتيجة لخبراته الخاصة الفريدة ، يتعلم أن يعوض عن نقصه بطريقة مختلفة معتمداً في ذلك على ما يراه وسيلة للحصول على القوة . ويطلق أدلر على الطريقة التي يتخذها الطفل للنضال في سبيل التفوق « أسلوب الحياة » . ويشعر أدلر بأن الطفل حين يطور أسلوباً عصابياً أو باثولوجياً (مرضياً) للحياة ، فإن ذلك إنما يكون نتيجة لتفسيره الخاطىء للبيئة التي يعيش فيها . وإليك بعض الأمثلة :

ولد يرى أن أخته الصغيرة تنال الحظوة لدى والديهما قد يقرر أنه يجب أن

يقشته بأخته باتخاذ صفات الأنوثة لكى يصبح محبوباً وقوياً . وطفل آخر يرى والديه فى عراك مستمر ويكتشف أن الأعلى صوتاً منهما ولأطول مدة ممكنة هو الذى يفوز ، فيعتقد لذلك أن عليه أن يجادل وأن يقاتل فى سبيل كل شىء حتى يحصل عليه ، وطفل ثالث يشعر بأنه منبوذ ومستبعد من والديه بسبب أخ له حل محله ، ولكنه يشعر بأنه كلما مرض عاد إليه اهتمام والديه به فيقدمان له مرة أخرى كل الاهتمام والحب اللذين كانا له قبل مولد إخوته ، ونتيجة لذلك يظهر لديه شكاوى جسمية متعددة وأصبح « طفلا رقيقاً » .

ويقول أدلر أن هؤلاء الأطفال الثلاثة الذين وصفت حالاتهم قد نموا « أسلوباً خاطئاً للحياة » ، فرؤيتهم للعالم المحيط بهم من مركزهم الخاص الفريد دون خبرة ملائمة أدت بهم إلى بلورة وجهة نظر مشوهة عن العالم بأكمله . وبمجرد تنميتهم لأسلوب معين للحياة فإنهم يفشلون فى التعلم من الخبرات الجديدة لأنهم يفسرون كل خبرة منها فى ضوء الخبرات التى سبق أن نموها . وبعبارة أخرى ، أنهم يدركون الأحداث الجديدة بطريقة مشوهة ، ونتيجة لذلك فهم لا يتعلمون إطلاقاً من أخطائهم » .

وعلى الرغم من أن هذا رسم تخطيطى لعلم النفس الفردى الذى قال به أدلر ، إلا أنه يقدم مافيه الكفاية لأن يوحى بأن أسلوب أدلر فى العلاج النفسى يختلف اختلافاً كبيراً عن أسلوب فرويد من نواح عدة . ويحاول أيضاً اتباع أدلر فى عملهم مع الكبار أن يوفروا جواً متسامحاً كما يحاولون أن يكتشفوا بدقة خبرات الطفولة المبكرة للفرد ، وخاصة ما يتعلق منها بالتنافس بين الإخوة ، وتحويل الحب ، وتدليل الوالدين أو نبذهم ، والفشل فى تعلم التعاون ، والفشل فى تعليم الطفل الاستقلال والثقة بالنفس والاتجاهات نحو الدور الاجتماعى للجنسين . وإذا ما اكتشفوا هذه الطفولة المبكرة ، فإن اتباع أدلر يميلون إلى تفسير

سلوك المرضى الحالى كنتيجة لهذه الخبرات المبكرة وأسلوب الحياة الخاطىء الذى تكوّن آنذاك .

واتباع أدلر يميلون أيضاً إلى توكيد الثقة فى نفوس المرضى فيما يتعلق بإمكانياتهم وقدراتهم .

ويرى أدلر أن «الشجاعة» تعوز معظم المرضى العصابيين ، وأنهم فى سعيهم للتفوق كانوا يخافون من الفشل ، وأن أعراضهم لم تكن فى الواقع سوى دفاعات ضد الفشل . فالإصابة بالصداع قبل الامتحان ، والاعتذار بمرض أحد الوالدين لتجنب مشكلات الزواج ، بالإضافة إلى الكثير من أعراض الذهان الأشد غرابة والأندر حدوثاً ، هى فى نظر اتباع أدلر دفاعات ، أو أساليب يستخدمها المريض ليباعد بين نفسه وهدفه ليتفادى بذلك امتحاناً لقدرته على الملاءمة .

ولكى يتغلب المريض على بعض مشاعر الدونية ونقص الشجاعة هذه ، يستخدم اتباع أدلر التشجيع وبث الثقة فى نفوس مرضاهم . وهم يحاولون أيضاً إخراج الفرد من « حكمه الذاتى »* بحيث لا يحبطه الخوف من الفشل الشخصى . وبهذا الغرض يفسرون للمريض عجزه عن الشعور الاجتماعى ، وأهمية الاهتمام الاجتماعى ، والاعتراف بأن لديه مثل هذه المشاعر ولكنه لم يعطها التعبير اللازم .

وفى الوقت الذى ترك فيه فرويد المسؤولية للأنا حال الوصول إلى الاستبصار فقد حاول أدلر أن يواجه طبيعة التغير بصورة أقوى . فالعلاج الناجح فى نظر المعالج الذى يتبع أدلر هو العلاج الذى يجعل المريض أكثر إنتاجية وأكثر عطاء من الناحية الاجتماعية بعد العلاج عنه قبله .

ولما كانت صعوبات المريض تنشأ عادة من وجهة نظره المشوهة أو الخاطئة أو كما يقول أدلر أحيانا عن « نقص التفكير السليم » ، فإن الأسلوب العلاجي ينحو إلى أن يكون عقليا ، أى أن أدلر يعتمد إلى حد كبير على العقل لمساعدة المريض على أن يفهم وجهات نظره الخاطئة .

وفى علاج الأطفال أكد أدلر على علاج الآباء ، واعادة تربيتهم ، وأكد بوجه خاص على دعوة الآباء والمدرسين وغيرهم من الراشدين الذين يعيشون مع الطفل ، على الاعتراف بحاجة الطفل إلى الاستقلال ، وحاجته إلى الشعور بقيمته ، وقدرته على القيام بما يعتبره الآخرون أمراً له قيمة ، وضرورة تعليم الطفل فى وقت مبكر التعاون ، وإسداء المعروف للآخرين . وإذا كان الأمر يتطلب رؤية الطفل مباشرة لأغراض العلاج فعلى المعالج أن يراه فترة قصيرة، وذلك غالباً لتشجيعه ومساندته فى أوجه النشاط البناءة .

وبمعنى من المعانى يطالب فرويد مريضه أن ينكر التفكير السليم ، وأن يعتقد أن ما يراه سلوكا بسيطا إنما هو فى الحقيقة تعبير عن قوى لا شعورية غامضه . وأما أدلر فهو ، على العكس ، يعتمد على المعايير الاجتماعية أو التفكير السليم للمجتمع حتى يرى المريض وجهة نظره المشوهة . ومن الواضح وبصرف النظر عن فعالية الأسلوبين النسبية ، فإن أسلوب أدلر هو الأسهل وأنه ويتطلب وقتاً أقصر . والعلاج وفقاً لأدلر يتميز بأنه قصير ، ويميل إلى الاعتماد على العقل ، واستخدام التشجيع ، وبذر الثقة فى النفوس ، وفيه يميل المعالج إلى أن يفسر أكثر ، وبطريقة مباشرة ، وإلى توجيه طبيعة التغيرات التى تحدث لدى المريض نحو عطاء اجتماعى أكثر .

وثمة مراجعات أخرى متعددة لنظرية فرويد يطلق عليها عادة المدارس

الفرويدية الحديثة . منها المدرسة التي بدأها أوتورانك Otto Rank ، وسوف نتناولها في الفقرة التالية ، ولكن معظم المدارس الأخرى مثل مدرسة كارن هورني Karen Horney ، وهاري سي. سليفان Harry S. Sullivan ، واريك فروم Erich Fromm تمثل نوعا من التوفيق بين وجهات نظر فرويد ووجهات نظر أدلر ، وأن يكن معظمها أكثر إلتصاقا بأدلر .

طريقة رانك في العلاج النفسي :

كان أوتورانك زميلا آخر لفرويد ، انشق عليه ، وبدأ حركة خاصة به . وقد توصل رانك من دراساته التحليلية للأفراد إلى افتراض صدمة الميلاد . فانفصال الوليد عن الرحم تنتج عنه ، كما يرى رانك ، صدمة نفسية تؤدي به إلى أن يخشى تكرر الانفصال طوال حياته . وهذا الخوف من الانفصال أو الوحدة يؤدي إلى الاعتماد على الآخرين ، أو الرغبة في التشبث بهم ، ويشعر رانك أن هذا هو الأساس الأعمق المسبب لمعظم السيكوباثولوجيا (الأمراض النفسية والعقلية) وسوء التوافق .

وكمعظم الذين ابتعدوا عن التحليل النفسي الفرويدي ، عارض رانك أولوية الدافع الجنسي باعتباره التفسير الأساسي لسلوك الإنسان الناشيء عن دافع . وقد مال رانك — كأدلر — إلى رفض أهمية اللاشعور باعتباره مخزنا للطاقة، وكذلك إلى رفض ضرورة كشف الدوافع اللاشعورية باعتبار أنها الخطوة الأولى في العلاج النفسي . ومعنى ذلك من وجهة نظر أدلر أن يكون العلاج علاجا مباشراً للمريض على المستوى الذي قد يطلق عليه المحلل مستوى الأنا ، وبالتالي تفسيرا أكثر مباشرة وعلاجا أقصر مدة . وجاء رانك فدفع بهذه الأفكار إلى أبعاد أعظم .

ومن المثير للاهتمام أنه عندما حضر رانك للولايات المتحدة من النمسا ، أقام اتصالات قوية بمدارس الخدمة الاجتماعية ، وكان عمله هو نصح مدرسي الاخصائيين الاجتماعيين الذين كانوا يعملون مع الأسر المعانة ،عن كيفية معالجة المشكلات الشخصية لأفرادها . وكان من الواضح أن التحليل التقليدي غير ملائم إلى حد كبير ، وأن المشكلة الأساسية التي كان يواجهها كثير من هؤلاء المرضى كانت الاتكالية ولم يكن لدى الأخصائيين الاجتماعيين الوقت اللازم للتدريب المتعمق في الديناميات النفسية*وأن أي طريقة يستخدمونها كان ينبغي أن تكون ملائمة لمستوى التدريب والمعرفة الحاصلين عليهما في هذا المجال . وعلى ذلك فليس بمستغرب أن تتجه أفكار رانك أكثر فأكثر نحو طريقة للتعامل مع المرضى لا تنطوي على تحليل معقد للدافعية اللاشعورية والخبرة الماضية .

وقد أكد رانك أن الدخول في غياهب الماضي لا يخدم غرضاً مفيدا . بل أنه يثبت المريض في الماضي المؤلم ، تاركا إياه عاجزا عن معالجة مشكلاته الراهنة . ولذلك فقد رفض كلا من التفريغ الانفعالي ، والاستبصار بأصول صراعاته الراهنة ، معتبرا أن كلا منهما ليس ضروريا أو مفيدا بوجه خاص لتحقيق التغير لدى المريض . وكان من الواضح أيضا لرانك أن العمل مع أفراد يعتمدون على الآخرين اعتمادا شديدا سوف يجعل من الصعب على المعالج — إذا ما انغمس هؤلاء في « التحويل » التحليلي النموذجي » — أن ينهي علاجهم، وأن يساعدهم على الوقوف على أقدامهم . ،لقد شعر رانك أن العلاقة بين المريض والمعالج ينبغي أن تثير المريض من اللحظة الأولى نحو الاستقلال .

وقد أكدت طريقة رانك — على النحو الذي ظهرت به تدريجياً — المناقشة بين المريض والمعالج مع نبذ جزيء من جانب المعالج لمحاولات المريض

الاعتماد على المعالج . لقد كان التركيز على تحليل المشكلات الراهنة أكثر منه على تحليل الماضى . وقد استخدم رانك — دون اللجوء إلى التفريغ الانفعالى والاستبصار — فكرة قوة الإرادة فى توضيح لماذا ينبغى أن يصبح الناس أفضل وهى فكرة كانت سائدة فى أوروبا فى ذلك الوقت . وكانت الإرادة فى تصوره ، ملكة انسانية أخرى تفسر مجهودات الإنسان نحو الحصول على أهدافه. وقد شعر أن كل فرد لديه هذه القدرة التى سوف تسمح له إذا ماوجهت نحو المسالك الإنشائية بأن يقوم بحاول أفشل لمشكلاته . وعلى ذلك فالغرض من العلاج — فى رأى رانك — هو إيقاظ الإرادة البناءة للمريض، وبالعمل على هذا النحو ، يقوم المعالج بدور الإرادة المعارضة(*) وقد ترجمت جيسى تافت Jessie Taft وهى إخصائية اجتماعية كتابات رانك ، كما كتبت أيضاً « ديناميات العلاج » واضعة آراء رانك مطبقة فى ميدان الخدمة الاجتماعية . وقد وضعت مصطلح العلاج العلاقى لوصف هذه الطريقة .

ويبدو أن آراء رانك وتافت كان لها بعض التأثير على كارل روجز Carl Rogers ، وفريدريك ألن Frederick Allen ، وهو طبيب عقلى طبق آراء رانك على العلاج باللعب مع الأطفال . ومع ذلك فإن مصطلح « الإرادة البناءة » لم يكن مصطلحاً مقبولا فى علم النفس الأمريكى ، وقد استبدل ألن به فكرة تقبل الذات الابداعى . ويتحقق مثل هذا التقبل بتحرير الفرد من « القلق » والمشاعر المضطربة ، وعن طريق تعميم العلاقة التى يحققها المعالج فى العلاج باللعب . ويرى ألن ، متمثلا بما فى البيولوجيا ، أن عملية النمو

(*) الارادة المعارضة Counterwill عند رانك هى القدرة على معارضة الآخرين أو معارضة الفرد لرغباته وهذه القدرة ، فى رأى رانك ، هى نواة الشخصية (المترجم) .

تتضمن تمايزا وتكاملا ، وأن من الضرورى للطفـــل قبل أن يبدأ النمو السيكولوجى أن يميز نفسه عن الآخرين ، وبخاصة الراشدين الذين يتحكمون فى البيئة التى يعيش فيها .

وقد قبل كارل روجرز ، متبعاً آراء رانك ، المبدأ العام بأن العلاج يمكن أن يجرى دون تحليل الماضى. بل أنه يرى أن التغير العلاجى يحدث من خلال قدرة المريض على أن يحل مشكلاته بنفسه كلما تعمق فيها كنتيجة لتقبل المعالج لمشاعر المريض وعكسها أمامه . ونظرية روجرز تؤكد أيضاً اعتماد المريض على الآخرين أساساً ، وكذلك أهمية تمايزه عن الغير ، وانفصاله عنهم . وهو مثل رانك وألن ، يفسر التغير على أساس أنه تحرير امكانية المريض للنمو . وقد أسقط فيما بعد هذا المصطلح مفضلا عليه مصطلح « التكامل الذاتى » لكى يصف بة العملية الداخلية التى تفسر التحسن الذى يحدث نتيجة العلاج . ويصر روجرز على رفض أهمية الماضى بصورة أشد من تلك التى رفضها به القائلون بالعلاج العلاقى . وهو لا يشعر فقط بأن المعالج لا يحتاج إلى إكتشاف الماضى لفائدة المريض ، بل أنه ليشعر أيضا أن هذا السعى وراء الماضى لا يخدم غرضاً مفيداً للمعالج . والحق أن مثل هذا الاتجاه التشخيصى من جانب المعالج يتعارض مع ادراكه الحدسى لمشاعر المريض التى يفترض أنه يقوم بتوضيحها .

ويشعر روجرز أن تفسير معنى السلوك للمريض يميل بالفرد إلى أن ينظر إلى نفسه من وجهة نظر المعالج أكثر منه من وجهة نظره هو ، ولذلك فهو يعارض مثل هذا التفسير مستبدلا اياه بجو من التسامح يشجع فيه المريض على التعبير عن نفسه بحرية . ويقوم المعالج بتوضيح مشاعر المريض من خـــلال إدراكه الحدسى لها حتى يستطيع المريض أن يستبصرها ، وحتى يشجعه ذلك على

اكتشافها بدرجة أعمق (وليس من الواضح دائماً كيف يصبح المعالج قادراً على تفسير مشاعر المريض دون تفسير محتويات عباراته) . ويتوقع المعالج من المريض أن يعبر بالتدريج عن مشاعره أكثر فأكثر ، وإن يصل إلى إدراك أفضل لها . والنتيجة الطبيعية لهذا الادراك ، من وجهة نظر روجرز ، هى تكامل الذات والتخلص من المشاعر والانفعالات المتصارعة . ويرى روجرز أنه إذا ما تخلص المريض صراعاته الداخلية فإنه يصبح قادرا بصورة طبيعية على أن يجد لنفسه أساليب تمكنه من الحصول على توافق جيد .

ومن الواضح أن مثل هذه النظرة للعلاج تتطلب من المعالج اتجاها أو اطارا فكريا أو نوعا من الشخصية أكثر مما يتطلبه أى نوع من أنواع التدريب الخاصة الأخرى . وطريقة روجرز فى العلاج تفتح الطريق أمام أناس من تخصصات مختلفة للاشتغال بالعلاج دون أن تتطلب منهم برامج تدريبية طويلة أو تحليلا نفسيا لهم ، أو خلفية طبية . وقد انتشر كتابه « الاستشارة والعلاج النفسى Counseling and Psychotherapy الذى صدر فى وقت مبكر ، وقبل النمو السريع لعلم النفس الاكلينيكى فى أعقاب الحرب العالمية الثانية ، وقرىء على أوسع نطاق . وقد وجه روجرز اهتمام السيكولوجيين بالبحث والاتجاهات المرتبطة به فى ميدان العلاج ، وفتح استخدامه للمقابلات العلاجية المسجلة المنشورة ، الباب أمام السيكولوجيين الآخرين للقيام بالبحوث فى هذا الميدان .

ومن النتائج الجانبية المثيرة للاهتمام من حركة روجرز إنكاره لضرورة التشخيص ، أو حتى وصف خصال الفرد الشخصية ، وكلما ازداد تقبل السيكولوجيين الاكلينيكيين لاتجاه روجرز كلما قل اهتمامهم بالأساليب التشخيصية وبالاضافة إلى ذلك ، فإن التحرر من وهم صدق الأساليب فى الممارسة العامة

قد أدى إلى اهتمام متزايد بالأساليب العلاجية ، وخاصة حيث تتوفر امكانية العلاج النفسى .

وعلى الرغم من أن روجرز قددها كثيرا من السيكولوجيين إلى الشعور بأن العلاج النفسى مجال شرعى للتطبيق لديهم ، إلا أنهم كثيرا ما اختلفوا اختلافا قويا مع طريق روجرز وأسلوبه فى تناوله نظرية الشخصية .

وفضلا عن ذلك فقد أسهم روجرز اسهاما كبيرا فى تطور العلاج النفسى عن طريق تأكيده للجلسات العلاجية المسجلة التى يمكن دراستها وتحليلها ، وعن طريق محاولاته وضع طريقة فعالة فى العلاج كانت تستغرق فترة أقصر بشكل واضح من كثير من الطرق الأخرى . وحتى مع هذا فإن كثيرا من السيكولوجيين يشعرون بأن العلاج محدود جدا فيما يتعلق بأنواع المرضى الذين يستطيع مساعدتهم مساعدة لها قيمتها . وكذلك تتضمن الصياغة التى وضعها روجرز عن العلاج وطبيعة الشخصية مفاهيم من الصعب قياسها ، وبالتالى فإن من الصعب أن لم يكن من المستحيل اختبار صدق كثير من أفكاره .

طريقة التعلم الاجتماعى فى العلاج النفسى :

يعتبر التطور الشامل لنظرية التعلم من أهم اسهامات علم النفس الأمريكى . ونتيجة لهذا فقد بذلت مجهودات لتطبيق نظرية التعلم على مشكلات العلاج النفسى على أيدى جون دولار Jhon Dollard ، ونيل ميللر Neal Miller ، وهوربات مورر Hobart Mowrer . وقد انبثق نموذج التعلم الذى استخدمه هؤلاء من دراسة الأنواع الأدنى من الانسان فى التجارب المعملية المضبوطة ضبطاً دقيقاً والبسيطة نسبياً . والفقرة التالية تتناول تطبيق نظرية التعلم على العلاج النفسى ، على أساس نظرية التعلم الاجتماعى التى قال بها مؤلف هذا

الكتاب ، والتى سبق وصفها . وهــذه النظرية تقوم على أساس البحوث الخاصة بالبشر فى تفاعلهم الاجتماعى المعقد نسبياً . ومشكلات العلاج النفسى ، من وجهة النظر هذه هى مشكلات كيفية أحداث تغييرات فى السلوك من خلال تفاعل شخص مع آخر ، أى أنها مشكلات فى التعلم الإنسانى فى مواقف اجتماعيــة .

وسوف نتذكر أن قوة (أو امكانية حدوث) السلوك الموجهة نحو هدف وفقا لنظرية التعلم الاجتماعى ، يعتمــد على توقع الفرد أن يؤدى السلوك إلى النتيجة المرغوبة ، كما تعتمد على قيمة هذه النتيجة بالنسبة له . واحتمال حدوث مجموعة من أنواع السلوك المرتبطة فى موقف معين يطلق عليه امكانية الحاجة . ويطلق على توقع أن تؤدى هذه الأنواع من السلوك إلى مجموعة من الأهداف أو التدعيمات أو الإثابات ، حرية الحركة . ويطلق على أهمية القيمة أو قيمــة تفضيل التدعيمات ، قيمة الحاجة . ولفهم تطبيق نظرية التعلم الاجتماعى على العلاج النفسى بوجه عام ، ينبغى علينا أن نناقش بعض المفاهيم الإضافية .

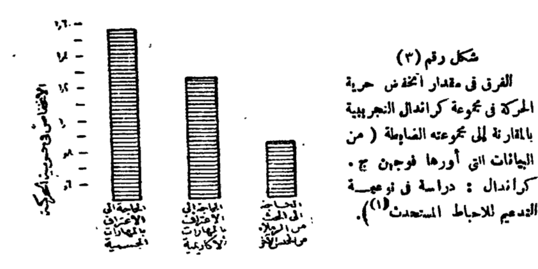
عندما تـكون حرية الحركة منخفضة وقيمة الحاجة عالية — أى أنه عندما يكون توقع الفرد الحصول على إشباع معين يرغب فيه منخفضاً — ينشأ عادة السلوك الدفاعى أو غير الواقعى . وبدلا من أن يتعلم الفرد كيف يحقق أهدافه ، فإنه يتعلم كيف يتجنب الفشل والاحباط الناشئين عن عدم تحقيق أهدافه ، أو أن يدافع عن نفسه ضدها ، أو أن يحاول أن يصل إلى أهدافه بطرق غير واقعيــة .

وانخفاض حرية الحركة قد ينشأ عن نقص فى معرفة الفرد أو فى قدرته على اكتساب أساليب السلوك الملائمة الوصول إلى أهدافه . (فمثلا طالب الكلية

الذى يأتى من مدينة صغيرة والذى يرغب بشدة فى الحصول على تقبل اجتماعى من الفتيات قد لا يكون خجولا ، ولكنه لا يعرف أساليب التقارب المقبولة من الجماعة الجديدة التى انضم إليها) . وقد يكون انخفاض حرية الحركة أيضاً نتيجة لطبيعة الهدف نفسه الذى قد يؤدى فى كثير من الحالات إلى عقوبات قاسية فى مجتمع معين (فبعض الناس يرغبون رغبة قوية فى تجنب المسئولية ، ويطالبون الآخرين بتحمل مسئوليات أعمالهم . ولكى يحققوا هذا يصبح من الواجب عليهم أن يتجنبوا دور الكبار الراشدين فى كثير من المواقف ، وبعملهم هذ فإنهم كثيرا ما يغضبون الناس منهم بسبب حاجتهم للوم الآخرين).
وقد ينتج توقع خاطىء للفشل من تعميم خبرات الاحباط من ميدان من ميادين الحياة إلى ميدان آخر . فالطفل الذى يتعلم مثلا أنه لن يستطيع أن يتفوق فى الرياضة بسبب شلل جزئى فى ساقه ، قد يعمم هذا الشعور بعدم الملاءمة إلى مجالات أخرى ويشعر أن الأطفال الآخرين لا يحبونه بسبب عجزه عن اللعب مثل غيره ومثال آخر لذلك ، الطفل الذى لا يحصّل إلا قليلا فى المدرسة ، ويشعر بأن من الصعب أن يحصل على درجات يقبلها والده ومدرسوه ، فيشعر بأن الأطفال الآخرين أيضا سوف ينبذونه لأنه « غبي » .

ويتضح حدوث مثل هذا التعميم فى دراسة قام بها فوجهن كراندال Vaughn Crandall فقد وضع كراندال طريقة لقياس حرية الحركة من القصص التى يرويها المفحوصون عن صور من نوع تلك الصور المستخدمة فى اختبار تفهم الموضوع (أنظر الفصل الرابع) . وضع كراندال سلسلتين متكافئتين من الصور تتكون كل منها من تسع صور لقياس حرية الحركة فى ثلاث مجالات من مجالات الحاجات ، كل مجال منها تمثله ثلاث صور . وأحد هذه المجالات هو الاعتراف بالمهارة الجسمية (التآزر الرياضى) ، والمجال الثانى هو

الاعتراف بالمهارة الأكاديمية ، أما المجال الثالث فهو الحاجة إلى الحب أو العطف من الجنس الآخر . وقد قدم كراندال سلسلة واحدة من الصور لمجموعة من المفحوصين تتكون من ثلاثين مفحوصاً من الذكور ثم طلب منهم القيام بأعمال صعبة ، أن لم تكن مستحيلة ، تتطلب التآزر ، وقد فشلوا جميعاً فى ذلك . وبعد ذلك قدم لهم السلسلة الثانية المكونة من تسع صور لكى يقيس مدى التغير فى حرية الحركة التى حدثت فى جميع مجالات الحاجات الثلاث عندما يواجه المفحوص احباطا فى مجال الحاجة إلى الاعتراف بالمهارة الرياضية فقط . وقد قامت مجموعة من المحكمين بتصحيح القصص على مقياس لحرية الحركة متدرج من صفر إلى ٧ . وقد طلب من ستة وثلاثين مفحوصاً يكونون مجموعة ضابطة لم تتعرض لخبرة الفشل التى أعقبت عرض السلسلة الأولى من الصور ، ولكنها قضت فترة معادلة من الوقت فى نشاط « محايد » ، طلب منهم أن يرووا قصصا عن السلسلة الثانية من الصور ، والشكل رقم ٣ يوضح نتائج هذه الدراسة .



شكل رقم (٣)

الفرق فى مقدار انخفاض حرية الحركة فى مجموعة كراندال التجريبية بالمقارنة إلى مجموعته الضابطة (من البيانات التى أوردها فوجين ج . كراندال : دراسة فى نوعية التدعيم للاحباط المستحدث[1]).

---

(1) «An Investigation of the Specifity of Reinforcement of Induced Frustration», *Journal of Social Psychology*; 41, (1955): 411—318.

يلاحظ مقدار الانخفاض فى حرية الحركة فى مجالات الحياة الثلاثة للمجموعة المحبطة مقارنة بالمجموعة الضابطة . ومن الواضح أن توقع الفشل نتيجة للاحباط إزداد زيادة لها دلالتها لدى أفراد المجموعة التجريبية فى مجال الاعتراف بالمهارات الجسمية وكذلك زاد توقع الفشل زيادة لها دلالتها ، وليس بنفس القدر فى مجال الاعتراف بالمهارات الأكاديمية المرتبط به بعض الارتباط ، وكذلك زاد توقع الاحباط ولكن بدرجة أقل ارتباطا وهو مجال الارضاء الذى يحصل عليه من الزملاء من الجنس الآخر . ولكن لما كان الاحباط فى مجال المهارات الجسمية ، فإن هذه الدراسة برهنت كيف أن توقعات الفشل قد تعمم من حاجة إلى الحاجات الأخرى .

وقد تنشأ حرية الحركة المنخفضة أيضاً من التقويم « الخاطىء » للحاضر بسبب الخبرات المبكرة . (فمثلا الفتاة التى كانت أختها تتمتع بقدر من الجمال أكثر منها ، ولذلك كان يقدرها أبوها تقديرا كبيرا ، قد تنشأ وهى ترى نفسها « قبيحة » ، ولا تتوقع أن يحبها شاب من الشبان على الرغم من أنها فى الحقيقة فتاة جذابة وفقاً لمعايير الجمال السائدة) . وباختصار قد يكون مصدر الصعوبة الأساسى بالنسبة لفرد ما هو نقص المعرفة بالسلوك الضرورى أحيانا ، وأحيانا أخرى قد يكون طبيعية الأهداف ، وأحيانا ثالثة التوقعات الخاطئة . هذا المفهوم لحرية الحركة المنخفض ، أو توقع الفشل والعقاب يتداخل إلى حد ما مع مفهوم « القلق » الذى استخدم فى مناهج البحث الأخرى .

ومظهر آخر هام لانخفاض حرية الحركة يرتبط بمفهوم المستوى الأدنى للهدف ، وذلك هو أنه فى أى موقف من المواقف يمكن أن تترتب النتائج الممكنة للسلوك على مقياس مدرج من التدعيم الموجب العالى جداً إلى التدعيم

السلبي الشديد الانخفاض جدا أو من الثواب إلى العقاب . والنقطة النظرية فى هذا الترتيب التى يتحول فيها الناتج من الإيجاب إلى السلب يطلق عليها المستوى الأدنى للهدف . وهذا المفهوم يمكن أن يطبق أما على سلسلة من الأهداف من نوع واحد (مثل التقديرات المدرسية أ ، ب ، ج ، د ، ه) ، أو على أى تركيبة للنتائج الممكنة فى موقف معين أو سلسلة المواقف . فالفرد قد تكون حريته للحركة منخفضة على الرغم من أنه قد يبدو عادة ناجحا من وجهة نظر الآخرين لأن التدعيمات التى يحصل عليها تكون عادة أقل من المستوى الأدنى للهدف الخاص به . ومن أمثلة الأهداف الدنيا المرتفعة الطالب غير السعيد والمضطرب الذى حصل على تقدير واحد «ب» مع ثلاث تقديرات « أ ». ومثال آخر الفتاة ذات الأهداف المرتفعة جدا فيما يتعلق بالمركز الاجتماعى والتى تخجل حين تشاهد مع شاب ليس عضوا فى « أفضل » جماعة من جماعات الأخوة فى الجامعة . ومثل هذه الأهداف الدنيا المرتفعة تتضمنها فى كثير من الحالات مشكلات حرية الحركة المنخفضة . ويجب تأكيد أن الأهداف يمكن أن تكون من أى نوع : معنوية وأخلاقية وإنجازية وجنسية ووجدانية وتسلطية واتكالية وهكذا . وفى نظرية التعلم الاجتماعى تعتبر أية مجموعة من من التدعيمات المرتبطة وظيفيا ويسعى الفرد للحصول عليها أساسا لافتراض حاجة ، ومن الممكن أن نحدد لها امكانية حاجة ، وحرية حركة ، وقيمة حاجة .

ومن الأساليب الممكنة لكى نزيد من حرية حركة المريض للأهداف التى يقومها تقويما عاليا أن نغير من أهمية الأهداف نفسها بالنسبة له . وقديكون هذا ضروريا للشخص الذى يواجه هدفين متضاربين أو أكثر لكل منهما قيمة عالية بحيث يتضمن أشباع احدها احباطا الآخر . ومن أمثلة ذلك الشخص الذى يشعر فى نفس الموقف برغبات قوية نحو الذكورة والاتكالية . ومثال

آخر نجده فى المريض الذى تقوده أهدافه كالرغبة فى السيطرة والتحكم فى الآخرين إلى الصراع مع حاجات الآخرين ، وينتهى أخيرا بعقاب عاجل وآجل على السواء . ومثال ثالث نجده فى الفرد الذى تتميز أهدافه بأنها عالية بصورة غير واقعية ، كالرجل الذى يعتبر وجود أية علامة على الخوف فى نفسه برهانا على أنه يتمتع بالذكورة بالقدر الكافى ، ويذهب إلى أبعد الحدود لكى يتجنب أى « برهان » على نقص ذكورته .

وكما لوحظ آنفا فإنه فى بعض الحالات على الرغم من أن أهداف المريض قد تكون واقعية بما فيه الكفاية وملائمة لجماعته ، وعلى الرغم من أن توقعاته تقوم أساسا على المواقف الحاضرة بصورة دقيقة ، إلا أن مشكلته تقع فى أنه تعلم سابقا طرقا غير ملائمة لتحقيق هذه الأهداف . وهنا يمكن أن ننظر إلى هذه المشكلة على أنها مشكلة تربوية ، وغالبا ما يجد الاكلينيكى أن عليه أن يعلّم المريض السعى وراء طريق بديلة للوصول إلى أهدافه ؛ سواء كأسلوب عام فى معالجة المشكلات ، أو كطريقة للحصول على اشباعات خاصة فى مواقف الحياة الجارية . والافتراض بأنه بمجرد أن يتخلص الانسان مما لديه من اضطراب داخلى أو صراع أو كبت ، فإنه يصبح تلقائيا قادرا على أن يجد الطرق الملائمة التى توصله إلى أهدافه هو افتراض لا يبدو أن هناك برهانا يدعمه .

وتؤكد نظرية التعلم الاجتماعى ، فيما يتعلق بالتنبؤ بالسلوك ، أهمية الموقف السيكولوجى بالاضافة إلى الحالات الداخلية . فالفرد المسيطر الذى لا يأبه بالآخرين والمتعلق بالسلطة فى العمل قد يكون مستكينا فى بيته ومتوددا لأسرته . والأستاذ المعتزل الخجول اللين المعاملة غالبا ما ينقلب إلى مجادل مرتفع الصوت ومشاهد عدوانى فى مباريات كرة القدم . والطفل الذى تعلم أن « يحصل على ما يريد فى بيته » قد يكون مسايرا للنظام فى المدرسة بمجرد

أن يعرف أنه سوف يخضع للتأديب لما يصدر عنه من سلوك غير مقبول فى هذا الموقف . وبالمثل ، إن الطفل الذى لا يسبب أى إشكال فى الجو الودى الدافىء فى البيت قد يكون عنيدا عدوانيا فى المدرسة حيث يشعر بأن الآخرين يتجاهلونه ويعاملونه معاملة غير عادلة . والشخصية ، من وجهة النظر هذه ، لا تتكون من خصال تكون جميعها فى داخل الفرد نفسه ، بل أنها امكانية الاستجابة بطريقة ما فى موقف معين . والميل العام لإهمال أهمية الموقف ينشأ من أسلوب البحث الذى يعتبر فيها المرض كيانا قائما بذاته ، وهو الذى افترض أن العامل المحدد الحاسم فى السلوك هو ظروف داخلية موجودة بصرف النظر عن الموقف المعين الذى يجد فيه الفرد نفسه . أن من الواضح أن الموقف الاجتماعى المعين لا يؤثر على تطور الاصابة تأثيرا خطيرا ، وقد افترض أن الاضطرابات النفسية أو العقلية هى من طبيعة مشابهة .

وثمة أمران ينتجان عن تأكيد الموقف السيكولوجى فى تحديد السلوك ، وهما : (١) أن من واجب الاكلينيكى أن يبذل محاولة أكبر لتنمية فهم المريض للمواقف المختلفة والتمييز* بينها ، بما فى ذلك فهم أفضل للآخرين ، و (٢) أن عليه أن يحسن استخدام عوامل التحكم البيئى ، أى معالجة المحيط الذى يعيش فيه الفرد لاحداث تغيرات فى سلوكه .

ويمكن أن نرى من الفقرات السابقة أنه توجد امكانيات متعددة لتغيير السلوك . فالفرد يستطيع أن يتعلم أساليب جديدة من السلوك ، أو أن يزيد من امكانية أساليب السلوك القديمة فى مواقف معينة ، وقد يتعلم أساليب أو طرقا جديدة لحل المشكلات ، وقد يغير من توقعاته القديمة أو القيم التى يضيفها على بعض الأهداف ، وقد يخفض من الحد الأدنى لأهدافه ، أو أن يكتسب

فيها أفضل فيما يتعلق بأى أساليب السلوك أكثر ملاءمة للمواقف المختلفة .

وعلى الرغم من أنه من غير الممكن وصف كيفية احداث هذه التغيرات المختلفة فى هذا العرض الموجز ، إلا أنه من الممكن أن نلخص بعض الخصائص الأساسية لتطبيق نظرية التعلم الاجتماعى فى العلاج النفسى .

ولما كان للمرضى يقدمون على العلاج بدوافع متباينه وخبرات سابقة مختلفة، فمن المفروض أن تتنوع شروط التعلم وظروفه المثلى من مريض لآخر . ومن خصائص العلاج الذى يتبع وجهة نظر التعلم الاجتماعى أن أسلوب العلاج يجب أن يتناسب مع المريض ، ويتطلب هـــذا مرونة كبيرة فى أساليبه للمعالج ، نظرا لعدم وجود أسلوب خاص يمكن أن ينطبق على جميع الحالات . ولما كان بعض المعالجين أكثر فعالية فى استخدام أساليب معينة ،وأقل فعالية فى استخدام أساليب أخرى ، فمن المؤمل أن تتم فى النهاية مراعاة نوع من ملاءمة المرضى للمعالجين وفقا لقواعد منظمة ، وحتى يتم ذلك ، سوف يعمل المعالجون النفسيون مع أنواع الحالات وبالأساليب التى يرون أنفسهم أكثر فعالية بالنسبة لها .

وثمة خاصية عامة أخرى من خصائص نظرية التعلم الاجتماعى وهى تطبيق اتجاه حل المشكلات على صعوبات المريض . فمن الممكن عادة فهم المرضى فى ضوء فشلهم فى مقابلة تحديات التوافق فى مجتمعهم وفى استخدام إمكانياتهم أو مميزاتهم . وبالتالى فالنظرية تؤكد تنمية مهارات حل المشكلات وتطويرها مثل السعى وراء الطرق البديلة للوصول إلى الأهداف ، وتحليل نتائج السلوك ،وفهم دوافع الآخرين ، ومحاولة تحليل كيفية اختلاف موقف عن غيره من المواقف .

ولما كان المعالج يدرك عمله على أنه فى جزء منه توجيه لعملية التعلم — أى أنه لاتوجد فقط أساليب واتجاهات سلوكية غير ملاءمة ينبغى اضعافها أو إلغاؤها

فقط بل ينبغي أيضا تعلم بدائل أكثر إرضاء وفعالية ـ فإن نظرية التعلم الاجتماعي تميل إلى القاء دور إيجابي قوى على عاتق المعالج . فهو أكثر فعالية في تقديم التفسير للمريض ، وفي القيام بطريقة مباشرة بتدعيم أو إثابة أنواع معينة من السلوك الأفضل وفي مساعدة المريض على إيجاد بدائل جديدة لتناول المشكلات. ومن الضروري لكي يقوم المعالج بكل هذا بنجاح أن يثق المريض به ، وأن يقبل بحكمه الموضوعي في الموقف وبالتالي فالمعالج الجيد شخص ودود يستطيع أن ينقل لمرضاه اهتمامه بهم .

وفي عملية تغيير طبيعة أهداف الحياة وقيمها ، ينبغي على المعالج أن ينظر في كيفية ربط هذه الأهداف بالإشباعات المستقبلة . فقد يحصل المريض على إرضاءات في حياته الراهنة نتيجة لقدرته على السيطرة على شريكه في الحياة الزوجية أو ابنائه ، ولكنه لا يدرك أن النتائج البعيدة المدى لمثل هذا السلوك سوف تتضمن احباطات خطيرة . ومن خصائص نظرية التعلم الاجتماعي إنها لا تؤكد فقط استبصار الإنسان في دوافعه الخاصة من حيث تطورها نتيجة خبرته الأولى ، بل كذلك استبصاره في دوافع الآخرين ، واستبصاره في العواقب البعيدة لسلوكه الخاص .

وأخيرا فإن المعالج الذي يأخذ بإتجاه التعلم الاجتماعي يميل إلى أن يستخدم التغير في البيئة استخداما كبيراً لكي يحدث التغير في الشخصية . وفي علاج المقابلة وجها لوجه ، سواء مع الاطفال أم الكبار ، قد يحدث المعالج ذلك بأن يغير من اتجاهات الآخرين الذين يعيشون مع المريض ، وذلك بمعالجة الشركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو الآخرين ، أو تقديم المشورة لهم احيانا . وقد يحقق ذلك بتغيير بيئة الفرد ، بتغيير المدرسة ، أو العمل ، أو جماعة اللعب ،

أو الجماعة التي يعيش بينها . ومن الطبيعي أن يتم عادة مثل هذه التغييرات مع الأطفال عن طريق التشاور مع الآباء والمدرسين . أما مع الكبار فإن مثل هذه التغييرات تتم عن طريق المناقشة المباشرة لما يستحسن فعله ، ونتائج محاولتهم القيام بمثل هذه المحاولات لتغيير ظروفهم البيئية الخاصة .

وإذا أخذنا بنظرية التعلم بمعنى أوسع فإننا نراها تنطوى على أن العلاج النفسى تفاعل اجتماعى ، فالمعالج يساعد المريض على أن يحقق تفاعلا متبادلا مُرضيا وبنَّاء مع بيئته الاجتماعية . والقوانين والمبادىء التي تحكم السلوك فى المواقف القائمة بين الأفراد تنطبق تماما على موقف العلاج .

وعلى الرغم من أن المؤلف يشعر بوضوح أن نظرية التعلم الاجتماعى تبشر بمستقبل عظيم فى تطور أساليب للعلاج النفسى تكون أكثر فعالية ، وقائمة على أسس علمية ، إلا أنه ينبغى ملاحظة أن هناك عملا كبيرا لا يزال محتاجا للانجاز قبل أن تتحدد بسهولة الظروف المثلى للتعلم بالنسبة للأفراد المختلفين . إن الكثير مما ينبغى على نظرية التعلم الاجتماعى أن تسهم به فى هذا الميدان هو توجيهها الذى يشير إلى طريق القيام بالبحوث والتطوير فى المستقبل .

طرق تعديل السلوك :

على الرغم مما تتضمنه نظرية التعلم الاجتماعى من أشكال متنوعة من طرق العلاج النفسى إلا أن أنواعا خاصة منها قد صممت كتطبيق لطرق الاشراط فى التعلم . ومن هذه الطرق الطريقة التي ارتبطت حديثا بجوزيف ولبه Joseph Wolpe (1) وقد اطلق عليها العلاج الاسترخائى ، أو العلاج بالتقليل

(1) Joseph Wolpe and Arnold Lazarus, *Behavior Therapy Techniques* (New York: Pergamen Press, 1966).

من الحساسية الإنفعالية . فوولبه يعتقد أن القلق المتعلم هـو فى الأساس من المشكلات العصابية . وفى رأية أن القلق نفسه ، أو السلوك الذى ينميه الفرد حتى يهرب من القلق ، مثل السلوك القهرى والأفـكار المسيطرة والأعراض الأخرى هى ، نفسها المشكلة أكثر منها مظهرا لهـا كما يعتقد المحلل النفسى . وتقوم طريقة وولبه على أساس الاعتقاد بأن الفرد إذا وجب عليه أن يقوم بالاستجابات المتعارضة مع استجابات الخوف فى حضور المثيرات التى تثير عادة استجابة القلق ، فإن استجابات القلق المتعلمة والاستجابات غير التوافقية التى تسببها للتقليل من الخوف (الأعراض) سوف تقتلعها الأستجابات المتعارضة التى تدرب عليها المريض حديثا وتحل محلها . وهو يطلق على طريقته الـكف المتقابل أو المتبادل. ويحاول وولبه إن يحدد المثيرات المعينة التى تسبب استجابة القلق ثم يجعل الفرد ، بالتدريب أو العقاقير ، يقوم باستجابات استرخائية لهذه المثيرات بدلا من استجابة القلق .

وقد ظهرت مجموعة أخرى من طرق العـلاج نتيجة لابحاث ب . ف . سكينر B. F. Skinner على الاشراط الأدوى وفىهذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية للمثيرات التى كانت تؤدى فى الماضى إلى استجابة لا توافقية عن طريق التدعيم الإيجابى . فإذا كانت الاستجابة صعبة ، فإنهاتبنى تدريجيا بأسلوب يطلق عليه التشكيل . فالطفل الذى فشل ذووه فى تدريبه على النظافة مثلا يمـكن اعطاؤه حلوى لمجرد أن يذهب إلى الحمام ، على الرغم من أنه قد جاوز السن الذى تدرب فيه معظم الأطفال الآخرين على النظافة . فإذا ما تعلم الطفل أن يقوم بذلك دون عراك أو مقاومة أمكن أن يطلب منه الذهاب إلى الحمام عند احتمال ظهور حاجته إلى الاخراج بطريقة لا إرادية ، ثم يثاب

الطفل عندما يتم الأخراج ثوابا كبيرا بحلوى أكثر ومديح قوى ، وأخيرا يثاب الطفل بنفس الطريقة عندما يخبر والديه أن عليه أن يذهب إلى الحمام .

ويبدو أن هناك شكا ضئيلا فى أن مثل هذه الطرق يمكن أن تساعد فى استبعاد المخاوف ، وفى دعوة الفرد للقيام باستجابات نوعية مرغوبة . وفى كثير من الحالات قد تكون المشكلة أعرض وأكثر تشعبا بحيث لا تفيد فيها مثل هذه الطرق ، وفى بعض الحالات قد تكون أساليب تعديل السلوك مفيدة فقط باعتبارها مجرد جزء من برنامج علاجى أوسع .

العلاج البيئى :

كثيرا ما لوحظ أن التغير فى سلوك الآباء أو اتجاههم قد يكون أشد تأثيراً بدرجة كبيرة فى تغيير سلوك الطفل أوشخصيته من عدد كبير من ساعات العلاج وجها لوجه مع معالج نفسى . وتقارير الحالات التربوية هى الأخرى مملوءه بأمثلة من التغيرات الملحوظة فىسلوك ابناء المدارس الجانحين أوالموقين عندما ترى المدرسة أن من المناسب أنتقر لهم بمهارة ما أو أن تمنحهم مركزا له أهميته فى الصف الدراسى . ومن ناحية أخرى ، واجه كثير من المعالجين صعوبة بالغة فى مساعدة الطفل عنطريق العلاج وجها لوجه عندما يعيش فى بيئة دائمةالعقاب والنبذ له .ولذلك فأى مناقشة واقعية للعلاج يجب ألاتقتصر على أسلوب العلاج وجها لوجه ، ولكن ينبغى أن تشمل المشكلات العملية المتضمنة فى تناول بيئة المريض وتغييرها والتحكم فيها .

ولاسباب مختلفة (بعضها علمى وبعضها قانونى وبعضها تقليدى) كان من السهل عادة إحداث تغيرات أكثر فى البيئة بالنسبة للأطفال منها بالنسبة للكبار.

ولذلك كانت مناقشة طرق تناول البيئة — فيما عدا التوجيه المهنى على الأقل — تعالج بالنسبة للاطفال عادة . ولا يرجع الأمر إلى مجرد وجود عجز عملى فقط لما يمكن لأى معالج أن يفعله للسيطرة على بيئة الكبار (فمن الصعب مثلا الوصول إلى الأزواج ورؤساء العمل عادة أكثر مما هو الحال بالنسبة للمدرسين والآباء) بل أن الخصال التى يهتم بها المعالج بالنسبة للكبار تتميز عادة بأنها أكثر ثباتا ، وأنها محدودة بصورة أقوى بخبرات الحياة . فمن المنطق ، إذن ، أن تتنوع أساليب العلاج الأكثر فعالية مع زيادة السن بطريقة مباشرة . ولعل المعالجين عملوا فى هذا المجال أكثر من غيرهم بسبب ما جرى عليه العرف ، أكثر منه بسبب أى نواحى عجز حقيقية ، وإن امكانية مساعدة الكبار للحصول على توافق أكبر من خلال التعامل مع الآخرين فى البيئة كان أمرا مهملا نسبيا . وربما كنا فى حاجة إلى مزيد من البحث فى علاج الأزواج أو التعامل معهم ، وكذلك الرؤساء والمشرفين فى بعض الحالات على الأقل .

العلاج البيئى للكبار :[1]

سوف نعرض بإختصار فى الفقرات التالية بعض الملاحظات على بعض من أساليب العلاج البيئى المستخدمة عادة مع الكبار . وينبغى الاعتراف بأن الكبار يقضون معظم وقت يقظتهم فى العمل . وعلى ذلك ، فإن موقف العمل المشبع للفرد يجعله أكثر احتمالا للاحباطات الأخرى ، فى حين أن العمل غير المشبع للفرد يجعله لا يتحمل الاحباطات البسيطة . وفى مجتمعنا ، نجد ضغطا شديدا على الرجال وضغطاً ضئيــــلا نسبياً على النساء ليحققوا امرا ذا قيمة عن طريق العمل الذى يؤدونه . وفى خلال المجهودات التى يبذلها الأفراد لمقابلة هذه المطالب ، يواجه كثير منهم مشكلات خطيرة . وفى بعض الحالات تصبح

مساعدة الفرد على أن يحصل على نوع مختلف من العمل (أو ربما الحصول على عمل من أى نوع)،ظهرا رئيسيا للعلاج السيكولوجى والغرض هو بالطبع التقليل من الضغط أو الاحباط الذى يقع المريض تحت تأثيره ، وتزويده بشعور أكبر من الرضا وتقبل الذات ، والشعور بالقيمة أكثر مما يشعر به فى الظروف الحاضرة التى يمر بها .

وثمة نوع آخر من أنواع العلاج البيئى للكبار وهو عبارة عن تغيير اتجاهات الأفراد المتصلين بالمريض . ويتطلب ذلك العلاج من وقت إلى آخر أو العلاج المنظم للأزواج أو الأفراد الآخرين الذين يرتبط بهم المريض ارتباطا قويا .وقد زاد انتشار مثل هذا العلاج فى عيادات الصحة العقلية ، وفى علاج المرضى الخارجيين من الذهانيين المضطربين اضطرابا خطيرا .

والعلاج فى المستشفى قد يصبح علاجا بيئيا فى حد ذاته . فمن المعروف أن المريض يودع فى المستشفى ، إما لوقايته من الأضرار بنفسه ، أو لحماية المجتمع منه أو للحصول على علاج معين « للمرض » الذى يشكو منه . وقد كان من المفروض بوجه عام أن تمد مستشفى الأمراض العقلية كما هو الحال بالنسبة لمستشفى الأمراض الجسمية المريض بنوع معين من العلاج ، ولكن تصورا جديدا لمستشفى الأمراض العقلية بدأ فى التطور والظهور واخذ التجريب يجرى بشانه ، وذلك باعتبار المستشفى بأكمله بيئة علاجية . وهذا التطور يؤدى إلى زيادة مشاركة المريض فى إدارة المستشفى وفى العلاج . كما أنه يتضمن أيضا تغييرا فى انتقاء العاملين فى المستشفى وتدريبهم ونشاطهم ، وكذلك تغييراً فى الأفراد الذين يشتركون فى أنواع معينة من العلاج . والهدف هو جعل المستشفى نفسه جوًّا علاجيا يستطيع المريض أن يطوِّر فيه اتجاهات ومفاهيم جديدة للذات .

العلاج البيئى للاطفال :

فى الفقرات التالية سوف نناقش بإيجاز بعض الصور الرئيسية للعلاج البيئى الخاص بالاطفال ، مشيرين إلى الوظيفة الرئيسية للسيكولوجى الاكلينيكى فى هذه الاجراءات .

الايداع فى المؤسسات :

تحويل الطفل من أسرته وايداعه إحدى المؤسسات يعتبر بوجه عام واحدا من أكثر اساليب العلاج قسوة ،وهو أسلوب ينبغى تجنبه كلما أمكن أن يحل محله أسلوب بديل . ومهما تكون إدارة المؤسسة جيدة ، فمن الصعب على العاملين بها أن يحلوا محل الأسرة فيما يتعلق بتزويد الطفل بالحب والاهتمام . وفضلا عن ذلك ، فإن إيداع الطفل الجانح يزيد عادة من شعوره بأن المجتمع ينبذه، وأن أحدا لايهتم به ، وبالتالى ترجح امكانية ازدياد سلوكه المضاد للمجتمع ومن المحتمل أن تكون مؤسسات الجانحين قد خرجت من الجانحين الكبار أكثر مما ابعدت عن طريق الجريمة من أطفال .

ومع ذلك فهناك حالات تكون فيها البيئة المنزلية سيئة بسبب النبذ القاسى، أو عدم الاهتمام لدرجة يصبح من الضرورى معها تحويل الطفل لكى تزيد من فرص توافقه على المدى البعيد . والمشكلة الرئيسية لعدد كبير من السيكولوجيين الاكلينيكيين الذين يعملون فى مثل هذه المؤسسات هى مواجهة شعور الطفل بأنه أصبح منبوذا أو مهملا من المجتمع .

الإيداع لدى اسر الحضانة (الأسر البديلة) : وفى بعض الاحيان عندما يصبح من الضرورى إبعاد الطفل عن أسرته يمكن تجنب ايداعه فى إحدى

المؤسسات بوضعه في حضانة إحدى الأسر حيث يرحب به بحرارة . ومن الأمور الهامة التي يجب أن يرعاها السيكولوجي الاكلينيكي الذي يشارك في عملية الايداع هذه أن يطابق بين الطفل والوالدين اللذين سوف يحتضنانه أو يتوليا رعايته. وعلى الاكلينيكي أن يفهم فهما جيدا لا شخصية الطفل وحده بل شخصيته الوالدين اللذين يحتضنانه ، وقدرتهما على تحمل بعض أنواع السلوك ، وقدرتهما على إشباع حاجات الطفل .

المخيمات والاندية : من الممكن بالنسبة لكثير من الأطفال (وبالاخص الذين يتميز آباؤهم بالانتقاد المبالغ فيه ، أو الذين يبالغون في فرض القيود على أبنائهم، أو الذين يفرطون في تدليلهم ، أو العناية بهم والقلق عليهم) أو يعوضوا جزئيا عن النقص الذي يتصف به جو الأسرة غير الصحي عن طريق التعلم الاجتماعي الذي يكتسبونه خارج الأسرة . ومع ذلك ، فإن مجتمع الطفل أو جماعة اللعب التي تعيش في جواره قد لا ترضى أحيانا هذه الحاجة ، إما لأن الطفل يخشى من الانضمام إلى هذه الجماعة ، أو لانها لا تتقبله وفي بعض الاحيان قد لا تزوده مستويات خصائص السلوك في المناطق التي يعيش فيها (كما في مناطق الجناح) بالتعلم اللائم . وعندما يحتاج جو المنزل الى أن يستكمل بمجموعة من الانداد الاصحاء ، والتي قد لا تتوفر ، فإنه يصبح من الأهمية بمكان وضع الطفل ، في مجموعة منتقاة خصيصا لتساعده على أن يحصل على تقبل الآخرين ، وتقبل ذاته ، والاستقلال بنفسه . ومثل هذه الجماعات قد تكون بوجه خاص ذات فائدة للطفل الذي يتمتع بحماية زائدة أو تدليل مبالغ فيه ، والذي ينبغي عليه أن يتعلم الأخذ والعطاء العاديين في للمعيشة مع الآخرين على قدم المساواة . وقد تكون الاندية والصفوف التي تسبق المدرسة والمخيمات الصيفية ذات فائدة كبيرة جدا لمثل هذا الطفل . وقد يتيح المخيم الصيفي فرصة التنفس للطفل ووالديه عندما

يسود الصراع العنيف جو المنزل ، فكل واحد منهم يجد فرصة لتغيير اتجاهاته في جو يخلو من الصراع المستمر . وعند تقديم مثل هذا العلاج ، يجب على الاكلينيكى أن يتأكد من أن الطفل لا ينظر إليه على أنه وسيلة لابعاده عن الأسرة أو على أنه دليل على نبذ الوالدين له .

الافادة من المدرسة فى إجراءات العلاج : وتأتى المدرسة بعد البيت من حيث شدة تأثيرها على نمو الطفل . ومن الممكن ارجاع كثير من الخصال التى يتميز بها مجتمع الكبار إلى عمليات التدريب المدرسى : ومن الواجب على السيكولوجى الاكلينيكى — سواء كان يعمل كجزء من النظام المدرسى ، أم مستقلا فى عيادة خارجية ـ فى علاجه للاطفال المشكلين أن يعمل وهو على صلة وثيقة بالمدرسين والمسئولين فى المدرسة، إذا إراد أن يفهم الأطفال، وإن يساعدهم للوصول إلى توافق أفضل . ومن السهل أن نملأ مجلدا ضخما بما يمكن للمدرسة أن تقوم به للمساعدة على تكيف الأطفال ، وبما تقوم به احيانا من إضرار بهذا التوافق ، وما يستطيع السيكولوجى الاكلينيكى أن يساهم به فى مساعدة للمدرسة. وسوف نذكر هنا بإيجاز بعض الطرق التى تستطيع بها المدرسة أن تساعد الطفل المشكل .

أن معرفة الفرد بأن فى استطاعته القيام بأعمال يقدرها الآخرون أمر ضرورى لاسعاد أى طفل أو لجعله أكثر توافقا . وفى المدرسة بالذات — وإلى حد كبير — يستطيع الطفل أن يحصل على مثل هذا الشعور أو يفتقده . فعندما يكون الصغير محدود القدرة أو عاجزا عن الحصول على درجات عالية يصبح من شأن المدرس أن يشعره بأن مجهوداته محل تقدير ، وأن ما يقوم به أمر له قيمته . وقد يأخذ ذلك احيانا مظهر اكتشاف مواهب أخرى أو الاعتراف

بما لديه منها مثل القدرات الفنية أو التعاونية أو الموسيقية أو الرياضية . ويستطيع المدرس ، وكذلك الموجه الخاص ، أن يساعد فى اشباع حاجات الطفل إلى تقبل الآخرين له وحبهم ومودتهم ، وخاصة حين تكون حاجة الطفل عظيمة إلى مثل هذه الاشباعات بسبب انعدامها فى البيت . وفى المدرسة أيضا يتعلم الطفل الشيء الكثير عن المنافسة والتعاون . فالطفل الذى يخشى من التنافس ، والذى ينسحب من أوجه النشاط المختلفة بسبب خوفه من الفشل ، يمكن مساعدته فى المدرسة بأن نشعره بأنه لايزال محبوبا على الرغم من فشله ، وإن الفشل ليس سوى خطوة تميز جميع الجهود التى تبذل فى سبيل الانجاز ، وإن التقدم هام كالانتصار . وفيما يتعلق بالتعاون فإن مجتمعنا ، وصناعاتنا وأسرنا تقوم على أساس الحاجة إليه . فالطفل المنعزل الذى لايجد أخوة متقاربين معه فى السن ، وليس عضوا نشيطا فى جماعة لعب من جماعات الجيران ، يفشل عادة فى أن يتعلم ضرورة التعاون مع الآخرين لكى يحصل على التقبل فى مجتمعنا . والأطفال الذين يتميز سلوكهم بالتمركز حول ذاتهم ، أو المتنافسون بصورة صريحة ، أو الذين ينقصهم التقبل الاجتماعى يستطيعون تعلم أساليب التعاون وقيمته فى المدرسة ، سواء بالاساليب العادية فى الفصل الدراسى ، أو بالعناية الخاصة من المدرس ، أو غيره .

علاج الآباء : يعتبر علاج الآباء من وجهة نظر علم النفس عند ادلر وفى نظرية التعلم الاجتماعى أساسيا بالنسبة لعلاج الأطفال . فبصرف النظ عما يمكن عمله من حيث إيداع الطفل فى مخيم أو ناد ، وما تستطيع المدرسة القيام به ، وما يمكن أن يتحقق عن طريق العلاج المباشر للطفل إلا أنه من الصعب جدا تحقيق تغييرات مفيدة دائمة فى الطفل ما لم تكن اتجاهات الآباء وأساليب سلوكهم بحيث تؤدى إلى مثل هذه التغييرات .

واتجاهات الآباء وأساليب سلوكهم نحو مشكلات الطفل هى عادة نتيجة لسوء الفهم ، أو النقص فى معلوماتهم عن خصال أبنائهم بالذات ، أو العجز عن إدراك العلاقة بين سلوكهم وسلوك الأطفال . ولكن من الممكن تغيير اتجاهات الآباء وأساليب سلوكهم بلقاءات قصيرة نسبيا مع السيكولوجى الإكلينيكى ، أى أنهم يستطيعون أن يحققوا تغييرات هامة فى أساليب سلوكهم عن طريق التربية السليمة أو التفسيرات أو النصائح التى تقدم لهم . ومن الطبيعى أن يتطلب الأمر مهارة فائقة لادراك اين تقع المشكلة ، وفى ذكر التغييرات الضرورية التى ينبغى على الآباء القيام بها بطريقة يستطيعون فهمها وتقبلها .

ومع ذلك ، ففى كثير من الحالات نجد أن سلوك الاباء هو انعكاس لسوء توافق خطير لديهم ، وأنه من الضرورى القيام بعلاجهم علاجا دقيقا طويل المدى قبل أن يستطيعوا القيام بهذه التغييرات . وعلى الرغم من أن مثل هذا العلاج يبدأ عادة بالتركيز على مشكلة الأطفال إلا أنه يتحول عادة إلى الآباء أنفسهم ومشكلاتهم . فمثلا ، عندما يكون سلوك الآباء نحو أطفالهم نتيجة لحاجاتهم القوية الصريحة للسيطرة والتحكم ، أو عندما يحاول أحد الوالدين أو كلاهما أن يحصل من الطفل على الحب الذى يفتقده فى شريك حياته الذى لا يهتم به أو الذى يلومه ، أو عندما يسعى أحد الوالدين للحصول ، عن طريق مجهودات ابنائه ، على المكانة والاعتراف اللتين فشل هو فى الحصول عليهما ، فإنه يصبح من الضرورى بوجه عام إجراء تغييرات فى توافق الوالدين نفسيهما قبل أن يستطيعا الاستجابة بطريقة مغايرة لابنائهما . ومن الممكن القيام بجميع أنواع العلاج الممكن على اختلاف مداها ، من النصح البسيط إلى العلاج المتعمق

الطويل المدى مع أحد الوالدين أو كليهما ، ويصبح من عمل الاكلينيكى لا أن يقوم بهذا العلاج فحسب ، بل أن يقرر أيضا درجة العلاج الذى ينصح به ونوعه .

العلاج النفسى الجمعى :

من مظاهر الممارسة العملية للعلاج النفسى التى أخذت فى النمو بسرعة ، علاج مجموعة من الأفراد ذوى المشكلات المتشابهة فى وقت واحد . لقد كان من نتائج الحرب العالمية الثانية أن طلب من السيكولوجيين الاكلينيكيين فى المؤسسات العسكرية ، بسبب العجز فى أفراد الفئات الأخرى ، أن يقوموا بالعلاج النفسى الجمعى . وقد تكونت مثل هذه الجماعات فى السجون ، ومراكز النقاهة ، والمستشفيات ، ومراكز التدريب . وكان يطلق على هذه الاجتماعات فى معظم الاحيان «جلسات التذمر أو الشكوى» ، إذ كان الافتراض الاكثر شيوعاً هو أنه إذا استطاع المرضى أن يتخلصوا من عداواتهم المكبوته بالتعبير أو التحدث عنها، فانهم يصبحون أقل عداوة لمطالب السلطة ، أو أكثر إدراكا لها . وعلى الرغم من أن نجاح هذه الجلسات كان موضع تساؤل (إذ شعر بعض الملاحظين إنها كانت تنمى من العداوات أكثر مما تقضى عليها) إلا أنها دعت كثيراً من السيكولوجيين الاكلينيكيين إلى ممارسة العلاج النفسى الجمعى . وقد استمر السيكولوجيون فى استخدام هذا الأسلوب مع كل من الأطفال والكبار منذ الحرب العالمية الثانية .

وللعلاج النفسى الجمعى فائدة مزدوجة : فهو أولا علاج اقتصادى ، ولما كان عدد الذين يحتاجون إلى العلاج النفسى أكثر بكثير من عدد السيكولوجيين المدربين على العلاج فإن علاج عدة أشخاص فى وقت واحد يمكن أن يكون ذا أهمية اجتماعية كبيرة .

والفائدة الثانية لهذا العلاج هى أنها قد تكون فى حد ذاتها أكثر فعالية بالنسبة لبعض أنواع المرض . فالفرصة المتاحة للمرضى لأن يتبادلوا خبراتهم مع غيرهم ممن يعانون من نفس المشكلات ، ولأن يلاحظوا صعوباتهم ويناقشونها فى علاقتها مع مشكلات الآخرين ، ولأن يتعلموا أساليب اجتماعية جديدة ، كلها أمور ممكنة فى المواقف الجماعية ، ولكن من الصعب الحصول عليها فى جلسات العلاج النفسى الفردى . وفى الجلسات الفردية يلعب المعالج عادة دوراً فريداً فى علاقته مع المريض بحيث لا تكون خبرات المريض مع المعالج نمطا مماثلا للعلاقات مع الآخرين فى الحياة الحقيقية . وفى معظم الأساليب الجمعية يتواجد المعالج للإثارة ، والتحكم ، والتفسير ، والتحديد ، وغير ذلك (وفقاً لاتجاهه النظرى) ، ولكن المشتركين يتفاعلون أساساً فيما بينهم .

وقد عولج مرضى كثيرون بأمراض مختلفة عن طريق الجلسات العلاجية الجمعية . وفيما عدا المجموعات التى تجتمع معاً لسماع محاضرة أو لحضور مناقشة فإن حجم المجموعات يتراوح بين ثلاثة أشخاص إلى خمسة عشر شخصاً . ومجموعات الأطفال والمراهقين قد تتضمن اللعب وأوجه النشاط الخاصة ، وقد تتكون من الجانحين ، والمصابين بالربو ، والمتلجلجين ، والمغرقين فى عدوانهم أو انعزالهم . ولا يجتمع فى العلاج الجمعى أطفال من جميع الأنواع فقط ، بل وكذلك أمهات الأطفال الذين يعانون مشكلات متشابهة . وبالنسبة للكبار فقد تكونت جماعات علاجية من المجرمين ، والعصابيين ، ومدمنى المخدرات ، ومتعاطى الخمور ، والمرضى العقليين تحت العلاج ، والمرضى العقليين الذين يتهيأون لمغادرة المستشفيات ، والمصابين بالجنسية المثلية — وباختصار المرضى من أى نوع كانوا تقريباً .

وليس من الممكن أن نناقش هنا مختلف أنواع الأساليب والمفاهيم العديدة المستخدمة فى العلاج النفسى الجمعى ، فبالإضافة إلى تطبيق مفاهيم العلاج النفسى الفردى مثل تطبيق س . ر . سلافسون S. R. Slavson للتحليل النفسى ، وتطبيق فرجينيا اكسلين Virginia Axline لطريقة كارل روجـرز فى المواقف الجمعية ، فقد استعيرت مفاهيم وأساليب من كثير من المصادر : فاستخدم بشكل واسع النطاق أسلوب ج . ل . مورينو J. L. Moreno فى السيكودراما ، والمشتقات المتعددة للسيكودراما حيث يمثّل المرضى مختلف مواقف الحياة فيقومون فيها بدورهم والأدوار التى يقوم بهـا الأشخاص المهمون بالنسبة له . وقـد طبقت أيضاً مبادىء القيـادة والتفاعل بين الجماعات المأخوذة من علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعى فى العلاج النفسى الجمعى .

ومن الممكن القول بأن أنواعاً متعددة من الأساليب الجديدة إلى حد ما تجرب فى الوقت الحاضر وهى أساليب تقوم على أساس علم النفس الوجودى . فجماعات المواجهة ، وجماعات الحساسية ، وجماعات الماراثون ، وجماعات الوعى بالجسم ، وجماعات الوعى بالذات هى بعض من الأسماء التى أطلقت على هذه الجماعات التى يبدو أنها تؤكد تأكيداً شديداً على فهم الإنسان لنفسه ، وتعبير الفرد عن مشاعره العميقة فى موقف الجماعة ، واكتشاف حقيقة مايشعر به الآخرون نحوه . وحتى الآن لم تتجمع لدينا سوى بيانات ضئيلة فيما يتعلق بكفاية هذه الأساليب ، ولـكنها لم تهدف إلى أن تـكون علاجا للمرضى فحسب ، بل كخبرة « نمو » « للعاديين » مما يجعل من الصعب إقامة معايير واضحة لتحديد فاعليتها .

وعلى الرغم من أن هـذه المبادىء لم تُصَغْ بصورة واضحة إلا أن هناك اقتناعاً بأن العلاج النفسى الجمعى يهيء فرصا خاصة ، ولم يعد ينظر إليه على أنه مجرد مجهودات جماعية فى سبيل نفس أهداف العلاج الفردى ذاتها ، بل أنه موقف خاص تتوفر فيه الفرصة للمريض لأن يتعلم معايير الجماعة ، وفيه يمكن إثابته لاهتمامه الإجتماعى ومهاراته الإجتماعية ، وفيه يستطيع أن يتعلم بطريقة أكثر فعالية عن استجابات الآخرين لسلوكه الإجتماعى الخاص به .

التوافق ، والعلاج النفسى ، والقيم الاجتماعية :

لقد افترضت المناقشات السابقة معرفة من الذى ينبغى أن يعالج نفسياً ، وما هى أهـداف العلاج النفسى . ويبدو من الواضح بقدر كاف أن المرضى العقليين ، أو المضطربين عقلياً ، أو سيئى التوافق هم مرضى ، ويحتاجون إلى العلاج ، وأن الهدف من العلاج هو ألا يستمروا هـكذا . وعلى الرغم من أن الرجل العادى لا يبدو أنه يواجه مشكلة فى تقرير من هو للتوافق ، ومن هو غير للتوافق ، إلا أن الإنسان سرعان ما يجد أن المشكلة ليست سهلة عندما يفحصها بعناية أعظم . أن مشكلة التوافق هى أساساً موضوع تقويمى ، أى أنها تتضمن فكرتى الحسن والقبيح . فإذا ما عرف السيكولوجى ما هو حسن فإنه بالتالى يحـدد من الذى يحتاج إلى علاج كما يحدد كذلك أهداف هذا العلاج .

ولا تقـــدم نظريات السلوك والشخصية وعلم النفس المرضى أية وسيلة منطقية أو منظمة لتحديد طبيعة سوء التوافق . أن تحديد السلوك الذى يمكن أن نطلق عليه سلوكا لا توافقياً وكذلك تحديد الأفراد الذى يمكن أن نطلق عليهم أفراداً غير متوافقين يعتمد أساساً على أحكام القيم النهائية للحسن

والقبيح . وكل سيكولوجي اكلينيكي يجب أن يحدد هذا الحكم القيمى لنفسه . فإننا إذا اعتبرنا أناسا معينين غير متوافقين — كالشخص الذى لا يساير مجتمعه والذى لا يصادق أحداً أو يصادق عدداً ضئيلا من الناس ولكنه يكتب أروع الشعر ، أو الرجل الذى يقبض عليه وهو يرتكب فعلا مخالفاً للقانون بوضع قطع معدنية بدلا من النقود فى آلات البيع الميكانيكية ، أو للمصاب بالجنسية المثلية الذى يبدو وكأنه متقبل لنفسه ، أو للمريض فى مستشفى الأمراض العقلية الذى يظهر مشوشاً من وجهة النظر الخارجية ويبدو سعيداً مسترضياً بعد سنوات من إقامته فى المستشفى — فإن أحكامنا عليهم سوف تعتمد على أحكام القيم الأساسية التى نأخذ بها فيما يتعلق بطبيعة التوافق . ومن الطبيعى أن الأمر يتضمن هنا أن سوء التوافق يعنى ما هو أكثر من مجرد تسمية . إن هذا الحكم يتضمن أن أحداً من الناس ينبغى أن نقوم بشىء معين نحوه ، وأن المجتمع ، أو السيكولوجى الإكلينيكى كفرد ، يجب أن يقوم بمحاولة تغيير الشخص الذى حكم عليه بسوء التوافق . وإذا ادّعينا أنه لا ينبغى لأحد محاولة تغيير آخر إلا إذا سعى هذا الآخر للتغيير ، فإننا إذن نستطيع أن نتخلص من مفهوم سوء التوافق كلية وتُخلى أماكن كثيرة من مستشفياتنا العقلية .

ومع بعض الاستثناء يعتقد السيكولوجيون (والمجتمع عامة على وجه اليقين) أن عليهم مسؤولية تقديم المساعدة للآخرين ، أو على الأقل مساعدتهم على اكتشاف أنهم يكونون فى حال أفضل إذا قاموا ببعض التغير . وبالإضافة إلى هؤلاء الذين يسعون وراء المساعدة السيكولوجية ، هناك آخرون كثيرون يمكنهم الإفادة منها : ومثال ذلك الأم التى تبالغ فى حماية طفلها ، والفرد الذى يشكل خطراً لنفسه وللآخرين ، والطفل الوحيد الذى يكون سعيداً

لأنه موضع اهتمام والديه وأجداده وموضع تدليلهم وإن كان سيجد صعوبات فى الحياة فيما بعد ، وكذلك الراشد البادى التعاسة الذى يظهر مقتنعاً بأن صعوباته جسمية ، وهو لذلك لا يسعى وراء أية مساعدة سيكولوجية . وإذا ما عادلنا سوء التوافق بالحاجة إلى العلاج ، فعلينا أن نحدد أنواع السلوك التى يتضمنها سوء التوافق .

وقد تجنب كثير من السيكولوجيين مشكلة تحديد قيمهم بصراحه . وبدلا من ذلك اعتمدوا على مفهـــوم المرض الذى استعاروه من الطب ، فاعتبروا — وفقا لمعيار أساسى وإن يـكن غير محدد — أن بعض أنواع السلوك (الأعراض) أو مجموعات من السلوك علامات على المرض ، وأن أى فرد مصاب بمرض معين يحتاج بالتالى إلى العلاج . وعلى ذلك فلدينا أمراض السيكوباثية ، والشخصية الفجة (غير الناضجة) ، والأمراض العصابية والذهانية والعصاب القهرى وغيرها . وتتحدد الأمراض عن طريق الخبراء الموثوق فيهم ، ويمـكن أن نجدها مع أوصافها فى بعض الـكتب الأساسية . ومع ذلك أصبح السيكولوجيون الإكلينيكيون بوجه عام أقل اعتماداً على مفاهيم للمرض وأصبحوا أكثر إدراكا بحاجتهم إلى تحديد التزاماتهم الخاصة بالقيم بصورة صريحة .

ويبدو أن هنك ثلاثة مفاهيم قيمية هامة يتضمنها العمل العلاجى النفسى، ويمـكن أن نطلق عليها طريقه المسايرة ، طريقه التمركز حول الذات ، وطريقة التمركز حول المجتمع .

ومعيار المسايرة للتوافق يتضمن أن الإنسان ينبغى أن يتقبل قيم ثقافته ، وأنه يصبح سيء التوافق عندما يفشل فى تقبل أعراف مجتمعة وأهـــدافه

ومعتقداته . ومن الطبيعي ألا تعنى هـذه النظرة أن أى انحراف عن المعيار أو عن متوسط سلوك الآخرين يعتبر سوء توافق ، بل أنها تعترف بأن الجماعة أو المجتمع يقوم بتجميع الأعراف والمعتقدات حول ما هو حسن وما هو قبيح فى كل من السلوك والفكر . ومثل هذه الأفكار تختلف من مجتمع لآخر . ففى مجتمع ما ، قد يكون التنافس الشديد حسناً ،وفى مجتمع آخر قد يكون الحسن هو ألا تتنافس مع غيرك . والقضاء على سوء التوافق عن طريق الأعراض والمرض بقصد إزالة الأعراض هو صورة من صور المسايرة ، أو مفهوم « السواء » للتوافق وأهداف العلاج . والاعتقاد الذى يشـترك فيه عادة أغلبية أفراد المجتمع أو على الأقل قادته فيما يتعلق بالحسن فى مقابل القبيح ، هو الذى يحدد السلوك المقبول أو غير المقبول .

وعلى الرغم من أن عدداً قليلا من السيكولوجيين الإكلينيكيين يؤيدون مثل هذا الاعتقاد ، إلا أنهم كغيرهم فى مجتمعنا غالباً ما يعتمدون على المسايرة كمعيار للتوافق فى حالة عدم وجود مفاهيم صريحة عن القيم .

وطريقة التمركز حول الذات ترى أن المشاعر الداخلية للسعادة والشعور بالصحة والتناسق والخلو من الألم والصراع الداخلى هى معايير التوافق فالشخص الذى يشعر بأنه أكثر تعاسة هو أسوأ توافقاً . وأساليب السلوك والأفكار أو المشاعر التى تنتج عنها مشاعر التعاسة أو الشعور بسوء الصحة هى أعراض لسوء التوافق . وقد أكدت طريقة التحليل النفسى فى العلاج وطريقة العلاج الذى يدور حول المريض هذه المعايير ضمنياً إن لم يكن بعبارات صريحة .

ووجهة نظر التمركز حول المجتمع تؤكد إسهام الفرد ، وما يقوم به من سلوك نحو المجتمع . هل يسهم فى خير الآخرين ؟ وفى خير المجتمع ككل ؟

هل يقوم بوظيفة مفيدة فى المجتمع ؟ ومن الممكن تطبيق نفس المعيار على بعض أنواع السلوك الخاصة . هل تسهم هذه الأنواع من السلوك ، بوجه عام ، فى المجتمع الذى يعيش فيه الفرد ؟ ذلك هو تأكد ألفرد أدلر فى مفهومه عن الخير الاجتماعى ، وقد شعر أدلر أن مشكلة العلاج هى مشكلة بناء الخير الاجتماعى فى المريض . وكذلك قبل هارى ساليفان وهوبارت ماورر ضمنياً نفس التصور القيمى ، بأن ربط ساليفان التوافق بالقدرة على حب الآخرين ، وبأن ربط ماورر التوافق بتقبل المسئولية الاجتماعية .

هذه الاتجاهات المختلفة نحو ما هو حسن وما هو قبيح (أو التوافق وسوء التوافق) ليست متصارعة دائماً فى الناس . بل على العكس فإنها تؤدى عندما تطبق عادة إلى اختيارات متشابهة. ففى معظم الأحيان نجد من المحتمل أن يكون الفرد الذى يصفه المجتمع بأنه مثالى ، هو أيضاً خال من الصراعات الداخلية الخطيرة ، كما أن من المحتمل أيضاً أن يكون بناء ومسهماً بسلوكه فى المجتمع . ولكن قد لا تجتمع هاتان الصفتان فى شخص واحد فى كثير من الحالات ، ولا يستطيع الإكلينيكى السيكولوجى أن يتجنب اتخاذ قرار وفقاً لقيمه الخاصة مدعياً أن هذا لا يشكل فرقاً ذا أهمية .

ولا تتدخل القيم الاجتماعية فى الحكم على التوافق وأهداف العلاج النفسى فقط ، بل أنها قد تتدخل أيضاً فى طرق العلاج النفسى وأساليبه . فقد أثار بعض السيكلوجيين أسئلة حول الحدود الأخلاقية للطرق التى قد يستخدمها المعالج لمحاولة تغيير المريض ، وفى القيام بتغيير معتقدات المريض عن نفسه وعن العالم الذى يعيش فيه ، ما هى القيود التى ينبغى أن تفرض على المعالج فى تأثيره على المريض فى اتجاه أحكامه الأخلاقية الخاصة به ؟

والسيكولوجيون الإكلينيكيون ، كالعلماء الاجتماعيين ، لا يزالون فى حاجة لأن يكتشفوا بدقة أعظم نظم قيمهم ، وما تنطوى عليه هذه النظم القيمية فى ممارستهم للعلاج النفسى .

الخلاصة :

قدمت الفقرات السابقة وصفاً للفروق بين النظريات التى يقوم عليها العلاج ، وطرق العلاج ، والتوجيه القيمى للسيكولوجيين الإكلينيكيين ولغيرهم ممن يعملون فى ميدان العلاج النفسى . ومع ذلك ربما أكدنا أكثر من اللازم بعض هذه الفروق مقدمين بذلك صورة متباينة عن العلاج النفسى أكثر مما هى بالفعل ، والواقع أن هناك اتفاقاً عاماً على كثير من النقاط : وهى إن المعالج ينبغى أن يكون متقبلا لمريضه ، متعاطفاً معه ، مهتماً به ؛ وأن المعالج ينبغى أن يكون ؛ إما خالياً من التشويهات الخطيرة فى شخصيته ، وأما أن يكون على الأقل مدركاً إدراكاً قوياً لمشكلاته ، وأن يكون حذراً من اسقاطها على مرضاه ؛ وأن من المفيد للمريض أن يقوم بدور إيجابى فى العلاج قدر الإمكان ، وألا يعتمد على المعالج أكثر من اللازم ، وأن يحصل على فهم أعظم لنفسه ؛ وأن هدف العلاج هو أن يجعل المريض ببساطة أقدر على مواجهة مشكلاته فى المستقبل أكثر منه بالقضاء على الأعراض أو الشكاوى الحاضرة .

ومع ذلك فلاتزال توجد فروق كبيرة بين طرق العلاج ، وطول الفترة التى يتطلبها ، وفعاليته ، كما أن مسار العلاج قد يتباين تبايناً ملحوظاً تبعاً للمعالج . ومما لا شك فيه أن المرضى الذى يثابرون على العلاج النفسى يحصلون على فوائد عظيمة منه . ومع ذلك ، فكثير من الذين يبدأون العلاج النفسى بناء على حث الآخرين لهم لا يستمرون فى العلاج . ومن بين المشكلات التى

ينبغى على جميع طرق العلاج النفسى تناولها هم هى هؤلاء المرضى الذين نخسرهم والذين كان يمكن مساعدتهم .

ويبدو واضحاً أن العلاج النفسى لسيء التوافق فى مجتمعنا لا يزال فى مراحله الأولى . وليست هناك طرق مقبولة قبولا عاماً على أنها سليمة ومثالية ، واجراءات العلاج ليست فعالة ، ومن المحتمل أنها فى حالات كثيرة تستغرق وقتاً أطول مما هو ضرورى بكثير . ولم يبذل إلا القليل لملاءمة طريقة معينة لمريض معين . وباختصار ، أن ممارسة العلاج النفسى أمر فردى جداً ، أو فن ذاتى من جانب المعالج . ومن الواضح أن هذا المجال من الممارسة السيكولوجية فى حاجة ملحة لتقدم علمى ، وقد يأتى هذا التقدم من نتيجة فهم أكثر ملاءمة للشخصية ، وكيفية نموها وتطورها ، وكيفية تغيرها . والسيكولوجيون ، ببذل جهد أكبر لتطبيق معلوماتهم فى ميادين التعلم الإنسانى والتفاعل الاجتماعى ، يصبحون فى مركز أفضل بوجه خاص للمساعدة فى تقديم اسهامات جديدة فى ممارسة العلاج النفسى .

الفصل السادس

مكانة علم النفس الاكلينيكي في الوقت الحاضر

اخترع الإنسان آلات عجيبة كثيرة بعضها معقد لدرجة أن عددا قليلا فقط من الذين حصلوا على تدريب كبير هم الذين يستطيعون فهم عملها فهماً كاملا . ولكن الإنسان نفسه أشد تعقيداً بكثير من أي شيء آخر اخترعه. ويعتبر فهم الإنسان ، والتنبؤ بسلوكه ، وتغييره بطريقة يمكن توقعها عملا ينطوي على تحد عظيم . ولم تبدأ محاولة فهم الإنسان من وجهة النظر العلمية — أي باعتباره كائناً يتبع القوانين الطبيعية — إلا حديثاً . ولم تتميز العلوم الطبيعية والفيزيقية بالتاريخ الطويل فحسب : ولكن بأنها قادرة أيضاً على دراسة موضوعها تحت ظروف يمكن ضبطها نسبياً . فنتائج الضغط يمكن ملاحظتها مع نتائج الحرارة المضبوطة . وبناء الكائنات الحية التي تتكون من خلية واحدة يمكن فحصه تحت الميكروسكوب ، وكذلك يمكن دراسة نموها وانحلالها في جميع الأوساط الكيميائية . أما في دراسة الانسان فنحن لا نتعامل مع موضوع معقد فقط بل مع موضوع لا يمكن معالجته تجريبياً بسهولة . فالانسان هو موضوع اهتمامه العلمي،وخبرات الانسان الشخصية تحدد من قدرته على الدراسة غير المتحيزة .

وثمة مشكلة خاصة بدراسة الإنسان في مقابل العلوم الأخرى ، وهي أن

علم النفس علم تاريخى ، على الأقل فى جزء منه . وعادة ، يجب على الإنسان لكى يفهم موضوعاً فيزيقياً أن يدرك خواصه الفيزيقية (المادية) الحالية . وليست لدينا فى الوقت الحاضر أية فكرة طفيفة عن الخواص الفيزيقية للخبرة الماضية، وإن كنا نعلم أن كل خبرة تغير من الكائن الحى . وعلى ذلك فلكى نفهم سلوك الإنسان ونتنبأ به ، ينبغى علينا أن ندرك كل ما يمكن إدراكه عن خبرته الماضية . وما دام لا يوجد شخصان لهما نفس الخبرات، ولا يبدآن بنفس إمكانيات الاستجابة بصورة متعادلة لنفس الخبرات ، فكل شخص يعتبر شخصاً فريداً متميزاً عن غيره ، ومن الصعب جداً الوصول إلى قوانين عامة عن سلوكه . والعالم الحذر لا يجد فقط صعوبة بالغة فى الوصول إلى تعميمات، بل أنه ليجد صعوبة أكبر فى اختبار صدق هذه التعميمات ، لأن من الضرورى أن يختبر هذا الصدق بالنسبة لأفراد متعددين فى الوقت نفسه مع عدم التغاضى عن فردية كل منهم .

ماهو مدى صدق الممارسة السيكولوجية الاكلينيكية فى الوقت الحاضر ؟

فى ضوء هذه الاعتبارات ، لا نجد ما يبعث على الدهشة فى أن نواجه صعوبة فى الوصول إلى تقديرات دقيقة عن صدق الممارسات الإكلينيكية فى الوقت الحاضر . وعلى الرغم من أن بعض الاختبارات قد تفشل فى التنبؤ بقدر معقول بسلوك الأفراد الذين تجرى عليهم التجربة فى مواقف معملية مضبوطة ، إلا أن الاكلينيكى قد يؤكد ، مع ذلك ، أن الاختبارات ملائمة جداً فى حالات متطرفة للتنبؤ فيما يتعلق بظروف الحياة العامة . ومن الناحية الأخرى فإنه ليس من الواضح وضوحاً ذاتياً أن البرهان على فعالية بعض الاختبارات وتنبؤها فى « المواقف المعملية غير الهامة » نسبياً ، يمكن أن

يفيد – بنفس الدرجة – فى التنبؤ بالسلوك فى مواقف الحياة الهامة . لقد أجريت مئات الدراسات لاختبار صدق اختبار رورشاخ، إلا أنه من الضرورى القول بأن صدق هذا الاختبار غير معروف ، وأن فائدته تعتمد إلى حد كبير على الشخص الذى يستخدمه .

ويبدو أنه من الثابت بدرجة كبيرة أن السيكولوجى قادر ، باختبارات القدرة العامة ، على القيام بتنبؤات هامة وذات دلالة على أساس جمعى فيما يتعلق بإمكانية تعلم المواد الأكاديمية ، ولكن لا تزال إمكانية الوقوع فى أخطاء خطيرة كثيرة فى التنبؤ والوقوع فيها بالفعل أمراً ممكناً بالنسبة لأى فرد معين إذا لم يأخذ المختبر فى اعتباره جميع الظروف التى تدخل فى موقف الاختبار ، وحقائق أخرى هامة عن الفرد .

وعلى ذلك ، فحتى لو كانت الاختبارات متطورة تطوراً تاماً ، ومؤلفة بعناية وموضوعية ، فإن التنبؤ بسلوك فرد معين هو أساسا عملية ذاتية تعتمد على الخبرة والاتجاه النظرى . ومن الواضح أيضا أن الكثيرين بما فيهم السيكولوجيون ، قد أخذوا بمفهوم عام أو واسع جداً للقدرة . ان التنبؤ الحذر الدقيق للسلوك سوف يتطلب فى النهاية تطوير اختبارات أكثر نوعية للقدرات الخاصة .

ومقاييس الشخصية والتشخيص لا يعيبها فقط وجود صعوبة فى تصور المتغيرات الأساسية ، وتأثير الموقف الإجتماعى للاختبار نفسه (وهو فى العادة أكبر منه فى حالة اختبارات القدرات) على استجابات الفرد على الاختبار ، بل تواجه أيضا صعوبة فى مشكلة ما إذا كان الاختبار يقيس ما يفترض انه يقيسه . خذ ، مثلا ، اختباراً يدّعى أنه يقيس رغبة الفرد اللاشعورية فى مهاجمة

الآخرين (العدوان المكبوت) ، كيف نعرف ما إذا كان الاختبار دقيقا أم لا ؟ إننا لا نستطيع أن نسأل المفحوص ما دام غير مدرك لرغباته اللاشعورية ، وإذا أخذنا رأى « أحد الخبراء » أو حكمه ، فنكون بذلك قد تقبلنا نفس البيانات التى نرغب فى تجنبها باستخدام اختبار أكثر موضوعية. أن مشكلة صدق اختبارات الشخصية ليست مما لا يمكن التغلب عليه ، ولكنها مع ذلك صعبة ومعقدة . وفيما يتعلق باختبارات الشخصية بعامة يمكننا القول بأن بعض الإختبارات تحت ظروف معينة تتنبأ بما تدعى التنبؤ به أو بدرجة أحسن من مجرد الصدفة . بل أن فهم دلالة الاستجابات على بعض مقاييس الشخصية يتطلب ، بدرجة أكبر مما عليه الحال بالنسبة لاختبارات الذكاء ، التحليل والحكم الذاتيين ، ليس فقط فيما يتعلق بالاختبار والظروف التى أجرى فى ظلها ، بل فيما يتعلق أيضا بقدر كبير من المعلومات الأخرى عن الشخص .

ما هو مدى فعالية العلاج النفسى :

ينبغى أن يكون واضحا أنه على الرغم من أن كثيراً من الناس يطرحون هذا السؤال إلا أنه ليس ثمة إجابة عليه . أى نوع من أنواع العلاج النفسى ؟ مع أى نوع من المرضى ؟ بأى صنف من المعالجين ؟ أن الطريقة قد تكون فعالة جداً بالنسبة لمريض ولكنها لا تساعد مريضا آخر . وقد تكون فعالة فى يدى معالج ولكن غير فعّالة فى يدى معالج آخر .

أن البيانات الخاصة بفعالية العلاج النفسى تعتمد غالبا إما على الحكم الذاتى للأفراد المنحازين ذوى المصلحة فى البرهنة على الأسلوب الذى يعتبرونه فعال ، أو على مقاييس للشخصية صدقها محدود أو غير معروف . ومما لا شك

فيه أن كثيراً من المرضى يستفيدون من العلاج النفسى ، ولكن أن نلاحظ هذا شيء ، وأن نكون قادرين على التنبؤ بمن هم الذين يفيدون منه وتحت أى ظروف شيء آخر . وليس واضحا كذلك، فى حالة استفادة فرد ما من العلاج النفسى ، ما إذا كان من الممكن أن يحقق نفس القدر من التقدم نحو التوافق أو أكثر منه بأساليب أخرى من العلاج النفسى التى يحتمل أن تكون أقصر وأكثر فعالية .

وبنمو ممارسة علم النفس الإكلينيكى ، وبازدياد عدد الذين يكتشفون إمكانياته ، ازداد الطلب على خدماته بسرعة أكبر . ومن الواضح أن كثيراً جداً من الأفراد فى حاجة لمساعدة سيكولوجية لكى يعيشوا حياة أسعد وأكثر بنائية بحيث ظهرت حاجة قوية إلى أساليب علاج يسمح بمعالجة الكثيرين على أيدى القليلين .

وباختصار ، هناك إجماع عام على أن فعالية الممارسات النفسية الإكلينيكية الحاليه ودقتها وقيمتها محدودة . وعلم النفس الإكلينيكى كعلم تطبيقى لا يزال فى طفولته . ويرجع جزء كبير من هذه الصعوبة إلى أن العلم الذى يقوم عليه أى علم النفس ودراسه السلوك الإنسانى ، هو نفسه لا يزال فى طور طفولته بحيث أن ما يقوم به السيكولوجى الإكلينيكى لا يزال يعتمد إلى حد كبير على الأحكام الذاتية أكثر منه على تطبيق دقيق لقوانين معروفة للسلوك الانسانى وكثيراً ما يصل أولا إلى قواعد ووصفات ثم يحاول أن يضع نظرية تبرر هذه القواعد والوصفات فيما بعد . وفى النهاية سوف يراجع السيكولوجيون الاكلينيكيون اتجاهاتهم الفكرية فى دراسة الطبيعة الإنسانية مرات عدة قبل أن يحققوا دقة كبيرة فى التنبؤ بالسلوك الإنسانى .

وعلى الرغم من أن القواعد التقريبية والوصفات والإستبصارات العملية التى توصل إليها السيكولوجيون الإكلينيكيون عن طريق الممارسة تمثل التقدم والتحسن اللذين طرآ على الطرق القديمة ، إلا أنها لا تزال محدودة ، بل أكثر من ذلك فإنها تطبق غالبا تطبيقا خاطئا وغير فعّال . والطب العام أيضا قد يتعثر أحيانا فى الوصول إلى علاج حقيقى ، ولكن عندما يعوزنا الفهم التام للتأثير العلمى لدواء معين لمرض معين ، فإننا نجد أن الممارسين يسيئون استخدام الدواء ، ويؤدى ذلك أحيانا إلى أضرار أكثر مما يؤدى إلى فوائد . ولهذه الأسباب لا يمكن للسيكولوجى الإكلينيكى أن يعتبر نفسه مجرد ممارس ، ذلك أن أمامه الشىء الكثير الذى يجب أن يتعلمه عن السلوك الإنسانى قبل أن يشعر بالراحة والرضى بطرق ممارسته الحالية .

تدريب السيكولوجيين الاكلينيكيين

فى ضوء المناقشة السابقة ، يبدو من الملائم أن تكون الدرجة العلمية التى يجب أن يحصل عليها السيكولوجيون الاكلينيكيون هى درجة الدكتوراه فى الفلسفة . وهذا لا يزال يعنى فى معظم الجامعات أن يصل الفرد إلى مستوى الدارس أو العالم الساعى وراء المعرفة . وهذه الدرجة تعنى قدرة الفرد على تعلم وتحليل ما هو معروف أكثر من الحصول على شهادة بأن الفرد قد تمكن من السيطرة على بعض مهارات الممارسة القائمة بالفعل .

أن جوهر علم النفس الاكلينيكى هو دراسة السلوك الإنسانى المعقد . ويجب على السيكولوجى الاكلينيكى الذى سوف يسهم فى المعرفه فى ميدانه أن يفهم النظرية السيكولوجيه ، وبناء النظرية ، ومناهج البحث . أن تعليم المهارات العملية لا يمكن أن يحل محل المعرفة الأساسية فى هذا الميدان .

ومع ذلك ينبغي على السيكولوجي الإكلينيكي ، باعتباره متمايزاً عن السيكولوجيين الآخرين ، أن يتعلم ما يجب أن يتعلمه من طرق الممارسة المتاحة ، وأن يحصل على الخبرة في استخدامها تحت اشراف أساتذته ، وعليه أيضاً أن يجتاز عمليات فحص دقيقة ما دامت شخصيته وتوافقه عاملين هامين في إمكانية القيام بممارسة العلاج . وكنتيجة لذلك يضاف تعلم المهارات العملية في كل من المؤسسات الأكاديمية والاكلينيكية في معظم الجامعات إلى المنهج الأساسي المفروض على جميع السيكولوجيين . ومتوسط الوقت اللازم للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة من أربع إلى خمس سنوات من الدراسة العليا للتفرغة . ويتضمن هذا عادة سنة امتياز يتم فيها التدريب تحت إشراف دقيق في مؤسسة تقدم الخدمات الإكلينيكية . وعندما ينتهي الطالب من تدريبه يصبح في إمكانه أن يضيف إلى المهن الأخرى التي تعمل في ميدان الصحة العقلية تدريبه الخاص في النواحي النظرية وفي البحث .

ويبدو أن أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين وقتاً طويلا سوف يظلون يعملون فيه كساعين وراء المعرفة في الوقت الذي يمارسون فيه العمل الاكلينيكي ، ولذلك فهم يحتاجون إلى تدريب طويل . ومع ذلك فإن كثيراً من المهارات الخاصة يمكن أن يتعلمها من لم يحصلوا على تعليم عال طويل المدى والحاجة إلى من يمارس طرقا علاجية خاصة — مثل العلاج السلوكي أو العلاج المساند (المؤيد) مثل هذا الذي يستخدمه المرافقون للمرضى الذهانيين المودعين في المستشفيات ، والحاجة إلى مرشدين عطوفين في الأحياء الفقيرة من المدن الكبرى ، والحاجة إلى مساعدي البحوث ، ومطبقي الاختبارات ، وبعض الأدوار الهامة الأخرى يمكن أن يشغلها أناس مختارون بعناية ومدربون تدريبا أقل بكثير مما هو مطلوب الآن . والواقع أن السيكولوجيين

الاكلينيكيين قد بدءوا القيام بدور هام فى انتقاء مثل هؤلاء العاملين وتدريبهم

وغالبا ما يتوقع طالب الدراسات العليا المبتدىء الذى يعمل للحصول على درجة فى علم النفس الاكلينيكى أنه سوف يتعلم عدداً من المهارات الرائعة ، وأن تكن غامضة فى بعض الأحيان ، وهى المهارات التى يستطيع عندئذ أن يمارسها لكى يساعد كثيراً من الآخرين . ولكنه يصاب فى كثير من الأحيان بخيبة أمل حين يكتشف أن وقتا عظيما ينقضى فى تعلم أساسيات علم النفس أكثر منه فى تعلم المهارات العملية ، وأن المهارات العملية ليست حاسمة ومتفق عليها كما كان يتوقع ، وعلى الرغم من أن هذا الأمر غير مشجع من بعض الوجوه ، إلا أن برنامجا جيداً للتدريب يؤكد له أنه فى ميدان جديد ومثير يجد فيه فرصة التعلم والاسهام فى تقدم المعرفة .

وقد أدى التعقد الماثل فى دراسة السلوك الانسانى والتنبؤ به علميا إلى يأس بعض السيكولوجيين وغيرهم من حل المشكلة ، وهم قد يحاولون بدلا من حل المشكلة التوصل إلى طرق مبسطة لتقديم المساعدة دون فهم ، أو قد يؤكدون أن الحدس هو فقط الممكن ، وأن الفهم العلمى مستحيل . إن فى هذا العالم من التعاسة الشديدة ما يمنع من الخضوع لمثل هذه الفلسفة الانهزامية . إن صعوبة فهم الأمراض « الجسمية » ومعالجتها قد أدت إلى اتجاهات جبرية مشابهة فى عصور ماضية ، ولكن الدراسات المستمرة والرؤوية التى قام بها البيولوجيون ، والفسيولوجيون ، والكيميائيون الحيويون ، والفيزيقيون ، وغيرهم أدت فى النهاية إلى تقدم كبير فى علاج الأمراض ، وفى فهم كيف يقوم الجسم بوظائفه . ومن الممكن بالمثل أن تؤدى الدراسة الدقيقة الدؤوبة التى يقوم بها السيكولوجيون الاكلينيكيون للسلوك المعقد إلى فوائد مماثلة للجنس البشرى .

معجم للمصطلحات الواردة فى الكتاب

مناطق الترابط (فى المخ) Association Areas (of the Brain) :

أجزاء اللحاء المتوسط التى لا تسيطر مباشرة على الوظائف الحسية أو الحركية (مثل السمع والبصر والتآزر الحركى) ولكن يفترض أنها تدخل فى العمليات العقلية العليا .

انحياز Bias :

تشير كلمة انحياز فى الاختبارات والبحوث النفسية إلى التأثير فى الاستجابات للاختبارات، أو تفسيراتها أوالنتائج التجريبية، كنتيجة للاتجاهات الشعورية أو اللاشعورية للمختبر أو المجرب .

تعويض Compensation :

مصطلح ينسب عادة إلى ألفرد أدلر . ويشير لفظ تعويض إلى محاولة تلافى نقص أو عدم ملاءمة يشعر به الفرد بمحاولة النجاح أوالتفوق فى ميدان آخر من ميادين السعى .

هذاء -- هذيان Delusion :

فكرة أو اعتقاد ينظر إليه عادة على أنه تشويه بينٌ للواقع ، ويراه على هذا النحو تقريبا جميع أفراد الجماعة الثقافية الفرعية لتى ينتمى اليهاالفرد الذى يتمسك بهذا الأعتقاد .

تمييز Discrimination :

قدرة الفرد على أن يستجيب بطريقة منتقاة أو بطريقة مختلفة لمنبهين أو أكثر كأن يستجيب لها اصلا على اعتبار أنها متشابهة أو انها واحدة .

حكم ذاتى شخصى Egocentric Predicament :

حكم الفرد الذى يدرك العالم من حيث كيفية تأثيره ، وبالتالى يصبح أقل قدرة على الوصول إلى تقويم « موضوعى » أو « اجتماعى أو « سوى » للناس والاحداث الموجودين فى ظروف حياته .

علم اسباب المرض Etiology :

يستخدم هذا المصطلح لوصف الاسس أو الاسباب أو الظروف السابقة الاساسية والضرورية للأصابة باضطراب ما .

لوحة اشكال Form Board :

جهاز لاختبار القدرة على التمييز بين الاشكال والتآزر البصرى الحركى (بين العين واليد) ، وفيه يطلب من المفحوص عادة أن يضع قطعا ذات اشكال مختلفة فى فراغات من نفس الشكل تماما ، بأسرع ما يمكنه .

تعميم Generalization :

مصطلح يشير — فى العلاج النفس — إلى نقل التغير الذى ينشأ اثناء الموقف العلاجى فى الاتجاه أو السلوك ، أو فى العلاقة مع المعالج ، إلى الموقف والافراد خارج غرفة العلاج .

هلوسة Hallucination :

ردود أفعال حسية حيث لا يوجد منبه خارجى ملائم ، مثل ، سماع أصوات أو إبصار مرئيات ، وغير ذلك .

فترة الانتكاس -- فترة الارتداد Involutional Period :

فترة من الحياة تمتد عادة بين سن ٣٨ ، ٥٥ ترتبط عادة ، ولكن ليس بالضرورة ، بانخفاض ملحوظ فى نشاط الغدد التناسلية .

غير واقعى Irreal :

مصطلح وضعه كيرت ليفين . والسلوك غير الواقعى هو الذى يتجه إلى الحصول على اشباعات بطريق لا يعتبره المجتمع الذى ينتمى اليه الفرد واقعيا ، ومثال ذلك أحلام اليقظة ، وبعض الافعال الرمزية الشاذة

وصف عام او شائع Nomothetic Description :

يشير إلى الوصف الذى يتميز به الفرد من حيث اختلافه المطلق أو النسبى عن الآخرين . وهو يتضمن استخدام المعايير الصورية أو غير الصورية .

معايير Norms :

مجموعة قياسات ، لبعض انواع السلوك أو استجابات الاختبارات التى تبين كيف يتوزع أفراد عينة من الناس فيما يتعلق بالسلوك أو الاختبار الذى يقاس .

موضوعى Objective :

القياس أو الملاحظة أو التفسير الموضوعى هو الذى يعتبر عامة مستقلا عن الشخص الذى يقوم به ، بحيث أن عددا من الافراد حاصلين بالتساوى على نفس التدريب يحصلون جميعا على نفس الدرجة أو الوصف .

تعويض زائد Overcompensation :

مفهوم استخدمه ألفرد أدلر ، يشير إلى التعويض عن دونية أو عدم ملاءمة يشعر بها الفرد بمحاولة التفوق فى نفس مجال السعى الذى يشعر فيه الفرد بالدونية .

سيكياترى — طبيب نفس Psychiatrist

أخصائى حاصل على تدريبه الاساسى الاول فى الطب ، يهتم بالاضطرابات العقلية والعصبية .

ديناميات نفسية Psychodynamics :

دراسة الأسس الدافعية وراء السلوك .

تشيىء Reification :

معالجة المجرد كما لو كان شيئا حقيقيا وله وجود مستقل فى مكان وزمان .

اختيار — انتقاء Selection :

يشير الاختيار — فى علم النفس — إلى عملية تحديد أى الافراد من بين مجموعة كبيرة هم اكثر احتمالا لأن يتفقوا مع معيار معين ، كاختيار مجموعة من طلبة الكليات تكون أفضل المتقدمين ، أو اختيار الافراد الاكثر اضطرابا .

اخصائى اجتماعى Social Worker :

شخص مدرب تدريبا مهنيا ، اهتمامه الاساسى مساعدة الفرد أو الاسرة فى توافقهم مع البيئة المحلية الاجتماعية .

موقف اختبارى مقنن Standard Test Situarion :

الموقف الاختبارى المقنن تطبق فيه نفس الاجراءات على جميع المفحوصين ، أى التعليمات ونظام عرض البنود ، واستجابات المختبر تكون متشابهة من شخص لآخر قدر الامكان .

ذاتى Subjective :

الملاحظات والقياسات والتفسيرات الذاتية هى التى تكون طريقة الوصول فيها إلى الأحكام غير واضحة أو صريحة تماما، وبالتالى فهى تعتمد إلى حد كبير على الفرد الذى يقوم بالحكم .

رمزية Symbolism :

عرض فكرة أو رغبة أو موضوع بصورة أو بشىء آخر يمثل الشىء الأصلى .

متغير Variable

ويشير فى علم النفس إلى مصطلح أو مفهوم تكوينى يمكن أن يرتّب (يقدّر) باستمرار من شخص لآخر أو من موقف لآخر .

سيكياترى — طبيب نفس Psychiatrist

أخصائى حاصل على تدريبه الاساسى
العقلية والعصبية .

ديناميات نفسية

دراسة الأ

قراءات مختارة

فيما يلى قائمـة بأسماء الكتب التى تقدم للقارىء وصفا مختلفا أو أكثر تفصيلا للموضوعات التى وردت فى هذا المؤلف . وتغطى القراءات العامـة ميدان علم النفس الاكلينيكى بأكمله وتنطبق على جميع الفصول . وتعقب ذلك قراءات اضافيه وثيقة الصلة بمحتويات كل فصل من الفصول .

قراءات عامة :

ROTTER. J. B. *Social Learning and Clinical Psychology.* Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, Inc., 1954.

SUNDBERG. N. D., and TYLER. L. E. *Clinical Psychology.* New York : Appleton-Century-Grofts. 1962.

الفصل الأول :

WEBB. W. B., ed. *The Profession of Psychology.* New York : Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1962.

WOLMAN. B. B., ed, *Handbook of Clinical Psychology* New York : McGraw-Hill Book Company, 1965.

الفصل الثانى :

ROTTER. J. B. "An Historical and Theoretical Analysis of Some Broad Trends in Clinical Psychology." In: *Psychology A Study of a Science,* S. Koch, ed., Vol. 5, New York : McGraw-Hill Book Company, 1963.

الفصل الثالث :

LOUTTIT. C. M. *Clinical Psychology of Exceptional Children.* New York : Harper & Row. Publishers. 1957.

MUSSEN. P. H. *The Psychological Development of the Child.* Englewood Cliffs. N. J. Prentice-Hall, Inc, 1963.

SARASON. S. B., and DORIS. J. *Psychological Prolems in Mental Deficiency.* 4th ed., New York : Harper & Row, Publishers, 1969.

TYLER. L. E. *Tests and Measurments.* Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall.' Inc., 1963.

الفصل الرابع :

ALLPORT. G. W. *Pattern and Growth in Personality.* New York : Holt, Rinchart & Winston, Inc., 1961.

CATTELL. R. B. "Personality Theory Growing from Multivariate Research." In *Psychology, A Study of a Science,* S. Koch, ed., vol. 3 New work : McGraw-Hill Book Company, 1959.

HALL. C. S. *A Primer of Freudian Psychology.* Cleveland : The World Publishing Company, 1954.

HALL. C. S·, and LINDZEY. G. *Theories of Personality.* New York : John Wiley & Sons. Inc., 1957.

LAZARUS. R. S. *Personality and Adjustment.* Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall, Inc., 1963.

MAHER. B., *Principles of Psychopathology.* New York : McGraw-Hill Book Company, 1966.

MURSTEIN. B. I. *Handbook of Projective Techniques.* New York : Basic Books, Inc , Publishers, 1965.

ROTTER. J. B.; PHARES, E. J.; and CHANCE. J. eds. *Applications of a Social Learning Theory of Personality.* New York : Holt, Rinchart & Winston, Inc., in press.

الفصل الخامس :

ADLER. A. *Social Interest : A Challenge to Mankind.* New York : The World Publishing Company, 1954.

ALLEN. F. H. *Psychotherapy With Children.* New York : W. W. Norton & Company, Inc., 1942.

GOLDSTEIN. A. P. : SECHREST. L. B. : and HELLER. R. *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change.* New York : John Wiley & Sons, Inc., 1966.

MUNROE. R. L. *Schools of Psychoanalytic Thought.* New York : Holt, Rinehart & Winston, Inc., Dryden Press. 1955.

RANK. O. *Will Therapy.* New York : Alfred A. Knopf, Inc., 1936.

ROGERS. C. R. *On Becoming a Person.* Boston: Houghton Mifflin Company, 1961.

ULLMAN. L. and KRSNER. L., *Case Studies in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1965

الفصل السادس

ROE. A, et al., eds. *Graduate Education in Psychology.* Washington, D. C, American Psychological Assn., Inc., 1959.

مراجع عربية

— سعد جلال (ترجمة) : علم النفس الاكلينيكى، دار المعارف القاهرة ـ ١٩٦٢ .

— علية محمود هنا ومحمد سامى هنا : علم النفس الاكلينيكى جزء (١)، التشخيص، دار النهضه للعربية — القاهرة ١٩٧٣ .

— محمود الزيادى : علم النفس الاكلينيكى، جزء (١) التشخيص، مكتبة الأنجلو المصرية — القاهرة ١٩٦٩ .

دليل (INDEX)

مكتبة أصول علم النفس الحديث

يشرف على ترجمتها

الدكتور

محمد عثمان نجاتي

* علم النفس الاكلينيكي — تأليف جوليان ب . روتر
ترجمة الأستاذ الدكتور عطيه محمود هنا
أستاذ علم النفس بكلية التربية بجامعة عين شمس، وبكلية الآداب والتربية بجامعة الكويت

* علم النفس المرضي — تأليف شيلدون كاشدان
ترجمة الأستاذ الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة
أستاذ علم النفس بكلية التربية بجامعة الأزهر ، وبكلية التربية بجامعة الرياض

* الشخصية — تأليف ريتشارد س . لازاروس
ترجمة الأستاذ الدكتور سيد محمد غنيم
أستاذ علم النفس بكلية الآداب بجامعة عين شمس

* علم النفس التعليمي — تأليف رونالد روس جرين
ترجمة الأستاذ الدكتور جابر عبد الحميد جابر
أستاذ علم النفس بكلية التربية بجامعة الأزهر، وبكلية التربية بقطر

* النمو النفسي للطفل — تأليف بول مسن
ترجمة الأستاذ الدكتور محمد أحمد غالي أستاذ علم النفس بكلية الآداب والتربية بجامعة الكويت

* الاختبارات والمقاييس تأليف ليونا ا . تايلر
ترجمة الأستاذ الدكتور سعيد عبد الرحمن أستاذ
علم النفس بكلية الآداب والتربية بجامعة الكويت
* علم النفس الاجتماعي تأليف وليم و . لامبرت ، وولاس ا . لامبرت
ترجمة الدكتورة منيرة حلمي أستاذة علم النفس
المساعدة بكلية البنات بجامعة عين شمس
* الدوافع والانفعالات تأليف ادوارد ج . مرى
ترجمة الدكتور عبد الله محمود سليمان
أستاذ علم النفس المساعد بكلية الآداب بجامعة
القاهرة، وبكلية الآداب والتربية بجامعة الكويت
* طبيعة البحث السيكولوجي تأليف ربى هايمن
ترجمة الدكتور عبد الرحمن عيسوى أستاذ علم
النفس المساعد بكلية الآداب بجامعة الإسكندرية
* اللغة والتفكير تأليف جون ب . كارول
ترجمة الدكتور محمد سامى هنا
مدرس علم النفس بكلية التربية بجامعة الأزهر
* التعلم تأليف سارنوف ا . ميدنيك، وهوارد ر. بوليو،
واليزابث ف . لوفتاس
* الادراك الحسيّ تأليف جوليان إ . هوكبرج
* علم النفس الفسيولوجي تأليف فيليب نايتلباوم
* علم النفس الإنساني تأليف جون شيفر
* علم نفس المنظمات تأليف ادجار هـ . شاين

مطبعة التقدم
٤٤ شارع المواردى بالمنيرة ت ٨٤١٤٢١

